

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUTS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

PAR MM. LES DOCTEURS

BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, Membre de l'Académie de médecine

LUNIER ET FOVILLON

Inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance
et des asiles d'aliénés



SIXIÈME SÉRIE. — TOME SIXIÈME

TRENTE-NEUVIÈME ANNÉE

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120



1884

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

CHRONIQUE

SOMMAIRE. — Folie traumatique guérie par la trépanation. — Existe-t-il habituellement des ulcérations intestinales dans la paralysie générale? — Trois cas d'hématomes de l'oreille chez des malades non aliénés. — Nouveaux faits de myxodème chez des aliénés. — Traitement de l'épuisement nerveux par la faradisation générale. — Rapport entre le somnambulisme et la médecine légale. — Les nouveaux asiles aux portes ouvertes de l'Ecosse.

Dans notre précédente chronique, nous avons signalé, à l'occasion d'un travail de M. Azam, l'importance d'apporter plus de précision qu'on ne l'a fait jusqu'à présent dans l'étude des rapports qui peuvent exister entre les lésions traumatiques du crâne et les troubles cérébraux; nous avons rappelé que, souvent, des chirurgiens ont fait disparaître, par l'opération de la trépanation judicieusement pratiquée, des accidents convulsifs ou paralytiques dus à l'irritation produite sur un point déterminé de l'écorce cérébrale par une esquille ou une tumeur osseuse. M. le Dr Daniel

Mollière, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon, vient de pratiquer avec succès l'opération du trépan dans un cas de traumatisme cérébral d'autant plus remarquable qu'au lieu d'avoir affaire à des symptômes musculaires précis et localisés, il n'avait à combattre qu'une lésion diffuse et des phénomènes vagues, mal définis, qu'il désigne lui-même assez vaguement sous le titre de *folie traumatique*.

Le malade, frappé d'un coup de pied de cheval à la région pariétale gauche, avait d'abord présenté un état de prostration complète; puis, au bout de deux ou trois jours, les fonctions végétatives s'étaient progressivement rétablies, mais il s'était manifesté une agitation générale avec cris, gestes violents, absence complète de lucidité. Ces troubles intellectuels persistant sans aucune amélioration, au bout de vingt jours, le malade fut conduit à l'Hôtel-Dieu de Lyon, où l'on constata un état général d'obnubilation intellectuelle avec excitation violente, vociférations, menaces. Aucun trouble localisé de la motilité ni de la sensibilité, tout est diffus. Un stylet introduit dans la plaie, située au niveau du temporal gauche, permet de sentir le trait d'une fracture. Le chirurgien porte le diagnostic de folie traumatique, reconnaissant pour cause une irritation cérébrale produite par les esquilles, et il se décide à pratiquer la trépanation. Il découvre la dure-mère dans une étendue comparable à celle d'un ancien écu de trois francs et y fait une toute petite ponction par laquelle s'écoule du liquide céphalo-rachidien parfaitement limpide; pansements antiseptiques. Deux jours après l'opération, le malade répond assez bien aux questions; au bout d'un mois, il quitte l'hôpital; sa plaie est cicatrisée; il parle et marche comme tout le monde, répond nettement à toutes les questions; aucune trace de délire, quelques lacunes dans le souvenir des faits récents. Deux mois après, le médecin du pays où demeure l'opéré écrit que son rétablissement est confirmé et complet.

Cette observation nous a paru des plus intéressantes, et,

sans savoirs'il serait possible d'en rencontrer d'analogue (1), on ne peut douter qu'elle ne soit très exceptionnelle. Elle mérite surtout l'attention par la nature diffuse des troubles cérébraux et l'absence de toute localisation musculaire permettant d'admettre une lésion limitée de l'écorce. Sans doute, on pourrait discuter le titre de folie traumatique donné à ce cas par le chirurgien de Lyon; sans doute, aussi, les occasions d'imiter M. le Dr Mollière sont rares; mais le résultat obtenu par lui a été trop brillant pour que, en présence d'un cas du même genre, on ne doive pas s'appliquer à suivre son exemple (V. le *Lyon médical* 1884).

Le Dr Claye Shaw vient de publier, dans le recueil des travaux de l'Hôpital de Saint-Barthélemy, de Londres, pour l'année 1880, un mémoire intitulé *Lésions intestinales chez les aliénés*. L'auteur rapporte neuf autopsies de malades affectés de paralysie générale et chez lesquels il a rencontré des ulcérations intestinales localisées dans le colon et dans le jéjunum, jamais dans la partie inférieure du gros intestin. Ces ulcérations ne ressemblent pas à celles de la fièvre typhoïde; leurs bords sont habituellement rouges et saillants; la membrane muqueuse est éliminée et la dépression est remplie par une matière gélatineuse, de peu de consistance et de couleur jaunâtre. Au début on ne trouve que des taches rouges, causées par des ecchymoses sous-muqueuses. On rencontrerait particulièrement ces lésions chez les aliénés paralytiques qui, pendant les derniers temps de leur existence, auraient été atteints d'une diarrhée chronique, fétide et rebelle à toute médication. Le Dr Shaw ajoute que l'irritation intestinale, qu'il considère comme habituelle dans les périodes ultimes de la paralysie générale, et qui se traduit par ces ulcérations, lui paraît due à la

(1) Dans une observation anglaise, du Dr Holland Skae, le malade avait des accès d'épilepsie (*Annales médico-psychol.*, 1877, t. XVIII, p. 456).

présence, dans le tube digestif, d'aliments mal digérés ou non digérés. Par suite de l'altération des fonctions musculaires des parois intestinales, le passage des aliments se ferait avec une grande rapidité, sans que la digestion et l'absorption eussent le temps de s'effectuer d'une manière normale. D'où résulteraient des troubles trophiques multiples, les aliments ne jouant plus, pour ainsi dire, dans leur passage à travers l'organisme, que le rôle d'un corps étranger irritant. De là, l'exagération considérable de l'appétit, chez les aliénés paralytiques, et la faculté qu'ils auraient d'absorber une quantité énorme de nourriture.

Si les faits signalés par M. Clarke Shaw étaient exacts et exactement interprétés, ils auraient une grande importance, car ils ajouteraient un nouveau chapitre à la symptomatologie somatique de la paralysie générale; mais la fréquence même des ulcérations intestinales chez les aliénés morts de paralysie générale ne nous paraît devoir être acceptée que sous bénéfice d'inventaire; fût-elle reconnue réelle, ce que nous sommes peu disposé à présumer, encore faudrait-il, avant d'accepter l'interprétation physiologico-pathologique de M. Shaw, démontrer que le fait tient bien à la maladie elle-même et non aux conditions de milieu où vivent les malades. La diarrhée chronique, qui était autrefois une cause si fréquente de décès dans les asiles d'aliénés, y a progressivement diminué depuis que l'alimentation et les autres conditions générales de l'hygiène ont été améliorées. Elle peut, nous n'en doutons pas, par de nouveaux progrès, disparaître complètement. Il faut donc bien se garder de considérer comme propre à l'aliénation mentale, et plus spécialement à la paralysie générale, des accidents qui tiendraient à une hygiène défectueuse. En tout cas, il faut commencer par rechercher avec soin, en pratiquant l'autopsie des aliénés paralytiques, si l'on y rencontre fréquemment les altérations intestinales décrites par M. Shaw; si le fait se vérifie, il restera à en découvrir la véritable explication.

L'hématome du pavillon de l'oreille a été l'objet de recherches et de publications de la part d'un grand nombre de médecins aliénistes, et cependant plusieurs points de son histoire sont encore entourés d'obscurité. On est loin de s'entendre notamment sur l'étiologie de cette affection. Est-elle, comme le prétendent certains médecins, d'origine traumatique, et due presque uniquement à des voies de fait de la part d'infirmiers brutaux, en sorte que la seule prophylaxie efficace consisterait dans le renvoi de ces infirmiers? Serait-ce parce que ces derniers se servent naturellement de la main droite pour exercer leur violence, que l'hématome existerait à gauche beaucoup plus souvent qu'à droite? Faut-il, au contraire, croire que l'épanchement sanguin est toujours spontané, et le considérer comme le résultat d'un trouble circulatoire, dépendant d'une lésion du grand sympathique, trouble qui se traduirait à la fois par une distension habituelle des capillaires et par une raréfaction du tissu cartilagineux qui deviendrait friable et cassant? Faut-il, adoptant une opinion mixte, admettre que l'hématome se produit tantôt spontanément sous l'influence des troubles trophiques qui viennent d'être indiqués, tantôt à la suite d'un coup, d'un choc, ou tout au moins d'un froissement, mais avec cette restriction que, dans ces derniers cas, il existait toujours une prédisposition spéciale due à l'altération des fonctions du grand sympathique? Ces diverses opinions ont leurs partisans, et comme l'on ne peut, le plus souvent, recueillir de renseignements valables auprès des malades qui sont presque toujours très agitées, et dans un état très avancé de démence, il faut reconnaître que la solution du problème est loin d'être facile à trouver.

Il est vrai que l'hématome de l'oreille peut se produire aussi en dehors de l'aliénation mentale; mais les cas doivent en être très rares, et ceux que l'on observe quelquefois, paraît-il, chez les lutteurs qui se frappent à la tête par

profession, et chez les chiens de chasse dont les oreilles pendantes s'accrochent ou se heurtent dans les buissons, n'offrent pas un terme de comparaison exacte avec les tumeurs sanguines observées chez les aliénés.

Ces considérations rendent particulièrement intéressantes deux observations recueillies par le Dr Wilhem Meyer (de Copenhague) sur des personnes qui n'étaient pas atteintes de folie.

Le premier sujet était un cultivateur chez lequel se produisit, d'abord, un premier hématome spontané à l'oreille gauche, puis, dans un intervalle de six mois, un autre à l'oreille droite. Une double guérison complète, sans déformation consécutive du pavillon, fut obtenue par la compression accompagnée, plusieurs fois chaque jour, d'une séance de massage méthodique.

Dans le second cas, il s'agissait de la femme d'un ouvrier charpentier; la tumeur sanguine siégeait à droite, et elle avait été le résultat de coups portés par le mari. Le traitement institué fut le même que chez le premier malade, et il paraissait devoir amener un bon résultat lorsqu'il fut abandonné avant guérison complète.

Les deux malades étaient vigoureux et bien nourris; mais, par une singulière coïncidence, tous deux étaient prédisposés aux maladies mentales; le premier avait son père aliéné, la seconde avait sa mère folle.

En résumé, ces deux observations n'apportent aucune des clartés que l'on pouvait en espérer, et la question n'a pas fait un pas; les partisans du traumatisme, ou de la production spontanée, et de la prédisposition nécessaire peuvent y trouver, chacun, un argument à l'appui de leur opinion, mais leurs adversaires sont dans le même cas; les éclectiques seuls peuvent dire que les faits leur donnent raison.

Quant au mode de traitement employé par le Dr Meyer, il nous paraît rationnel; nous pensons qu'on pourrait le com-

pléter utilement en pratiquant, dès le début de l'épanchement, une ponction capillaire et en aspirant le liquide; faute d'un aspirateur spécial on pourrait, pour cette petite opération, employer une seringue à injections sous-cutanées de Pravaz. La quantité de liquide restant à résorber serait beaucoup moindre et la compression plus facile à exercer.

Mais ce qu'il faut bien reconnaître c'est que, dans les conditions où l'on observe le plus souvent l'hématome du pavillon de l'oreille, c'est-à-dire chez des aliénés très agités ou très dégradés, tout traitement régulier est plus que difficile à instituer (V. *Archiv fur Ohrenheilkunde*, août 1880 et *Centralblatt fur Nervenheilkunde*, 1^{er} février 1881).

En parlant du myxœdème, dans notre précédente chronique, nous avons dit que cette affection n'avait été, d'abord, observée en Angleterre que chez des femmes adultes, et nous avons cité l'observation de M. Charcot comme le premier cas constaté chez l'homme.

Pour compléter ces renseignements, nous devons dire que le D^r Thomas Inglis a publié, l'année dernière, en Angleterre, deux observations de myxœdème dont l'une se rapporte à un homme affecté de mélancolie. Le myxœdème se développa chez lui en même temps que le délire, et s'étendit à tout le corps.

La seconde observation est celle d'une femme adulte, affectée de folie chronique, et qui commençait à entrer en démence; les symptômes cutanés étaient postérieurs à l'affection mentale et n'avaient pas encore acquis un degré très avancé.

Ces deux faits confirment les relations qui paraissent exister entre le myxœdème et les altérations intellectuelles (*The Lancet*, 1880).

On trouve les mêmes symptômes délirants, hallucinations, idées de persécutions, commencement de démence, chez

une dame, manifestement atteinte de myxoedème, observée à New-York par Hammond (*Neurological contributions*, t. I^{er}, n^o 3, 1881).

On ne saurait donc trop encourager les médecins aliénistes à étudier les rapports existant entre le myxoedème et les maladies mentales.

Différents médecins allemands commencent à employer un mode d'électrisation qui paraît encore peu connu en Europe. Il s'agit d'un procédé de faradisation générale recommandé par les D^{rs} Beard et Rochwell de New-York, particulièrement dans le traitement de ce qu'ils appellent *neurastenia* et ce qui paraît être un état général de nervosisme ou d'épuisement nerveux.

On se sert d'un appareil d'induction dont un des réophores est terminé par un godet à éponge ordinaire, tandis que l'autre rhéophore aboutit à une plaque de cuivre sur laquelle doivent s'appuyer les deux pieds nus du malade. Celui-ci peut se tenir debout, ou encore mieux être couché; on peut aussi le faire asseoir sur la plaque ou mettre celle-ci sous la région lombaire; cette plaque doit être échauffée et légèrement humectée. On promène l'éponge sur les différentes régions du corps, la tête, les membres, le tronc. De cette manière, l'économie tout entière se trouve successivement soumise à l'influence du courant électrique; on commence par un courant faible et on en augmente ou diminue l'intensité d'après les organes sur lesquels on opère. Les séances peuvent durer de quelques minutes à vingt-cinq.

Le D^r Mobius a signalé ce procédé à la Société de médecine de Leipzig en regrettant qu'il n'ait pas encore été essayé en Allemagne, et qu'aucun expérimentateur n'ait cherché à contrôler l'exactitude des résultats très avantageux annoncés par les médecins américains.

Pour répondre à cette invitation, le D^r Engelhorn a soumis deux malades à la faradisation générale.

L'une d'elles, âgée de 19 ans, était épileptique; après un accès, elle avait une courte période de délire, puis elle tombait dans un état complet d'abattement mental et d'épuisement physique. L'autre était une dame atteinte depuis longtemps de mélancolie hystérique et elle était aussi arrivée à un degré très avancé de dépression et d'affaiblissement.

Dans les deux cas, les séances de faradisation générale, pratiquées comme il vient d'être dit, au nombre de douze, à des intervalles de deux ou trois jours, produisirent les meilleurs résultats. L'effet immédiat était un état de bien-être général tel, que les malades croyaient volontiers qu'on allait les débarrasser de tous leurs maux. Au bout de quelque temps se produisit une amélioration d'ensemble caractérisée, surtout, par le retour du sommeil et de l'appétit et par le relèvement des forces.

Il est certain que des effets de ce genre peuvent, dans une certaine mesure, surtout chez des épileptiques et des hystériques, tenir à l'imagination, et se produire à l'occasion de toute médication nouvelle. Il conviendrait néanmoins de tenir compte de ces faits et de les contrôler, la méthode à employer ne paraissant présenter aucune difficulté d'exécution (V. *Centralblatt für Nerven-Heilkunde*, 4^{re} janvier 1884).

Dans une séance récente de la Société de médecine légale de New-York (6 avril 1881), le D^r Hammond a exécuté, devant une nombreuse réunion, sur un jeune homme hypnotisé, une série d'expériences très analogues à celles dont MM. les docteurs Mesnet et Motet ont rendu témoins, il y a quelques semaines, les magistrats composant une chambre de la Cour de Paris (Voyez *Annales médico-psychologiques*, mai 1881, p. 168). Seulement, tandis qu'à Paris il s'agissait de faire acquitter un accusé, en montrant qu'il avait agi inconsciemment, dans un état de somnambulisme

spontané, le but du médecin de New-York a été de montrer qu'un sujet hypnotisé, ou en d'autres termes mis dans un état de somnambulisme provoqué, pourrait, grâce à l'ascendant invincible exercé sur ses déterminations par la volonté de l'opérateur, être poussé, malgré lui, à commettre les actes les plus criminels.

Le jeune homme qui servait de sujet dans cette circonstance et qui présentait, physiquement, la plupart des caractères d'une organisation féminine, s'est montré, chaque fois qu'il était mis dans la condition d'hypnotisme, l'esclave servile des suggestions du Dr Hammond. Sur les indications de ce dernier, il a successivement mimé, de la manière la plus réaliste, la série des actes représentant : un vol avec effraction, un assassinat à coups de poignard, la confection d'un billet de commerce faux et la négociation de cette pièce au comptoir d'une maison de banque.

Réveillé et ramené à son état normal, le sujet était complètement étranger à tout ce qui venait de se passer et n'en avait conservé ni conscience, ni aucune trace de souvenir. C'est, du moins, ce que l'opérateur considérait comme certain et ce que ses expériences avaient pour but de faire admettre par son auditoire.

Comme conclusion, le Dr Hammond a proclamé la nécessité d'une loi destinée à punir les personnes qui, possédant le talent de provoquer l'hypnotisme chez d'autres personnes, en profiteraient pour faire accomplir par ces dernières, pendant leur état de somnambulisme artificiel, des actes criminels.

C'est, comme on le voit, un nouveau côté des relations possibles entre le somnambulisme ou l'hypnotisme et la médecine légale.

Il ne paraît pas que tous les assistants aient été absolument convaincus de la sincérité du sujet hypnotisé par le Dr Hammond. Un jeune docteur, présent à la séance, se soumit, à son tour, aux pratiques hypnotisantes et accomplit

dans un état apparent d'inconscience, plusieurs actes des plus extraordinaires. Mais au moment où l'émotion et l'étonnement étaient à leur comble, il se mit à éclater de rire en disant que tout ce qu'il venait de faire n'était qu'une farce et une mystification.

La discussion reste ouverte sur cette question devant la Société de médecine légale de New-York et la lumière, on le voit, est loin d'être complète. Il est à croire qu'on parlera encore beaucoup sur le somnambulisme, dans le nouveau monde et dans l'ancien, avant d'être arrivé à un ensemble de doctrine bien établi, et qu'il soit possible de faire accepter à tout le monde (*New-York Herald*, 7 avril 1884).

Il se produit, depuis peu, relativement au traitement des aliénés, une nouvelle évolution, qui en ce qui concerne la liberté laissée aux malades, relègue loin derrière elle la doctrine du *no-restraint*, de Conolly; nous voulons parler de la théorie écossaise des *asiles aux portes ouvertes*.

Ceux des médecins aliénistes, et ils sont encore nombreux, qui, tout en pensant qu'il faut réduire autant que possible les moyens de contrainte, dans le traitement de la folie, sont d'avis que cette suppression absolue n'est pas possible, ou que du moins elle présenterait plus d'inconvénients que d'avantages, n'ont pas manqué de faire remarquer que le *no-restraint* de Conolly est loin d'abolir réellement la coercition; il ne fait qu'en modifier la forme et le mode d'application; il supprime la camisole, mais il lui substitue la cellule et les bras de vigoureux infirmiers. D'ailleurs, le fait seul d'enfermer dans un quartier d'asile, de retenir dans une salle ou dans un préau, n'est-il pas à lui seul une atteinte à la liberté, un véritable moyen de contrainte mécanique?

Dans le but, sans doute, de faire tomber cette objection, quelques médecins aliénistes de l'Ecosse ont pensé que

l'on pourrait se passer de quartiers fermés à clé, de jardins enfermés entre des murs ; de là, la nouvelle théorie qui, encore récente, ne laisse pas que d'étonner un peu les médecins anglais qui se croyaient volontiers arrivés ausummum du libéralisme à l'égard des aliénés leurs malades. Cependant cette innovation s'impose à leur examen et il faut bien qu'ils en tiennent compte, au moins pour la mettre à l'étude.

Aussi lisons-nous, dans une revue toute récente des derniers rapports annuels publiés par les asiles de la Grande-Bretagne (*Journal of mental science*, avril 1884, p. 98), les lignes suivantes :

« Il est évident qu'en Ecosse, le système des asiles aux portes ouvertes continue à gagner du terrain et que c'est, aujourd'hui, une des questions relatives à l'administration des asiles qui est en train d'acquérir le plus d'importance. Les médecins des asiles anglais n'osent pas en faire l'essai, MM. les commissaires et visiteurs n'ayant pas l'habitude de se montrer indulgents en fait de suicides et de meurtres. On pourrait cependant faire l'expérience de ce système dans un ou deux asiles anglais. S'il réussissait dans un des asiles du comté de Lancastre ou du comté d'York, on arriverait à en généraliser l'usage. Seulement il faudrait expliquer aux coroners et aux juges qu'il s'agit là de l'essai d'une méthode nouvelle qui laisse encore quelque chose à désirer dans son fonctionnement, et que ce ne sont pas quelques cas de meurtre ou de suicide qui doivent inquiéter lorsqu'il s'agit de faire réussir la vraie bonne méthode pour le traitement des aliénés. »

Nous ne nous arrêterons pas à nous demander quelle est, dans ces dernières paroles, la part à faire à la sincérité, et celle qui appartient à l'ironie. Mais nous croyons indispensable de reproduire le passage suivant du rapport de M. le Dr Rutherford, directeur-médecin de l'asile de Barony (comté de Lanark) :

« C'est surtout en occupant continuellement les malades » et en les empêchant, par là, de donner cours aux manifestations de leur délire qu'il a été possible de faire réussir le système des *portes ouvertes*. Toutes les portes de l'asile s'ouvrent librement avec des boutons ordinaires et les principaux surveillants seuls possèdent une clé. Il n'y a pas, à ma connaissance, d'autre grand asile (la population était de 449 au 1^{er} juillet 1879) où ce système soit aussi largement appliqué. Jusqu'à présent, il ne s'est rien produit qui puisse me faire abandonner l'idée qu'en diminuant les restrictions apportées à la liberté des malades, on favorise leur tranquillité et leur bien-être et que cela contribue à produire des améliorations et des guérisons. Cet asile est le premier où les préaux des malades n'ont pas de murs et jamais on n'a souffert de leur absence. D'après cette expérience, il est probable qu'à l'avenir on n'établira plus, dans aucun asile d'Ecosse, ces séparations que l'on croyait indispensables jusqu'ici. »

Et les commissaires écossais donnent leur approbation la plus complète à la pratique de l'asile de Barony qu'ils recommandent comme un établissement modèle. Il est vrai que le prix de journée y revient à 2 fr. 15, ce qui est un taux élevé pour le pays.

Il semblerait que, faute de portes fermant à clé, il faut au moins un très nombreux personnel de surveillance ; cependant il n'en est pas partout ainsi, car à l'asile d'Ayr il n'y avait, pour une population moyenne de 422 hommes, que cinq serviteurs dont un remplissant les fonctions de commissionnaire.

Est-ce à cette insuffisance de personnel qu'il faut attribuer l'incident auquel l'auteur de la Revue fait discrètement allusion dans les termes suivants : « L'absence de serrures parait avoir eu des conséquences désagréables dans le cas d'une malade, à l'occasion de laquelle le commissaire visiteur, Dr Mitchell, a eu à faire une enquête spéciale.

« Quand on se rappelle que même des gens raisonnables
 » sont disposés à abuser des avantages et des occasions, il
 » n'y a pas lieu d'être bien étonné que des aliénés et des
 » imbéciles aient quelque peine à refréner leurs instincts.
 » Sans aucun doute, c'est là une des conséquences les
 » plus désagréables du système des *portes ouvertes*. »

Quoi qu'il en soit de la valeur réelle de ce système et du jugement définitif à porter sur lui, et quelles que soient les présomptions peu favorables avec lesquelles il semble devoir être accueilli par la majorité des spécialistes, il y a là une question nouvelle que l'on ne peut condamner sans l'avoir étudiée en détail. Mais c'est une étude qui ne peut être faite que sur place et qui ne peut manquer de procurer à nos confrères écossais la visite de bon nombre de médecins aliénistes d'autres pays.

Il est probable que les conclusions auxquelles parviendront les visiteurs écossais donneront lieu à une étude approfondie de la question de la réforme de l'asile de Dumfries. Il est vrai que l'asile de Dumfries est un établissement modèle. Il est vrai que le prix de la pension y est de 2 sh. 6 d. par semaine, ce qui est un taux élevé pour le pays. Il est probable que les conclusions auxquelles parviendront les visiteurs écossais donneront lieu à une étude approfondie de la question de la réforme de l'asile de Dumfries.

Pathologie

CONSCIENCE

ET

ALIÉNATION MENTALE

Par M. le Dr DAGONET

Médecin de l'asile Sainte-Anne.

(Suite et fin).

II. — AUTOMATISME CÉRÉBRAL AVEC CONSERVATION DE LA CONSCIENCE, DOUBLE CONSCIENCE, DUALITÉ DE LA PERSONNALITÉ, ETC...

La perte de la conscience s'observe, nous venons de le voir, au milieu des conditions pathologiques les plus variables ; l'observation nous démontre, d'autre part, que cette faculté peut persister et se manifester, quelquefois avec les anomalies les plus étranges, sous l'influence de certaines névroses et dans quelques variétés de l'aliénation mentale. L'individu peut alors conserver la notion vraie, exacte, de l'état maladif dans lequel il se trouve, des sensations bizarres qu'il éprouve, des hallucinations qui l'obsèdent, des impulsions violentes et des idées fixes qui le dominent, en un mot, de la transformation inexplicable qui s'est emparée de lui. La vie psychique semble, en pa-

reil cas, n'être atteinte qu'en partie, la conscience subsiste, éclairant l'individu sur cette singulière perturbation.

Chez certains aliénés, selon Luys, les hallucinés lucides, les hypochondriaques lucides, la coexistence de la lucidité et du délire peut trouver son explication rationnelle dans l'intégrité d'un lobe cérébral et l'hypertrophie morbide de certaines régions du lobe opposé. Dans un certain nombre de cas semblables, nous avons constaté que le travail morbide était unilatéral et manifesté par une saillie insolite du lobe paracentral. Ces faits semblent donc démontrer la possibilité de la coexistence de l'hallucination et de la lucidité (Dédoublément des opérations cérébrales, etc., mémoire lu à l'Académie de méd. 13-30 mai 1879).

Ce phénomène, suivant Littré, rappelle ce que l'on vit entre autres chez les convulsionnaires de Saint-Médard. « Il arrive souvent, dit Carré de Montgeron, que la bouche des orateurs prononce avec suite des paroles indépendantes de leur volonté, en sorte qu'ils écoutent eux-mêmes comme les assistants et qu'ils n'ont connaissance de ce qu'ils disent qu'à mesure qu'ils le prononcent. » (Calmeil, *Folie au moyen âge*, t. II. p. 353, etc.)

Il existe des impulsifs qui se sentent impuissants à maîtriser les tendances instinctives et l'irrésistible entraînement qui les poussent à des actes dangereux pour lesquels ils éprouvent la plus grande répugnance et qui viennent eux-mêmes demander à l'autorité aide et protection. On observe de même des lypémaniaques dominés par leurs vaines frayeurs, leurs hallucinations, leurs idées de suicide et qui ont tellement la crainte de succomber à leurs fâcheuses idées qu'ils réclament avec insistance leur réintégration dans la maison de santé où ils ont été une première fois traités. Nous avons, en ce moment, sous les yeux l'observation d'un alcoolique avec accès dypsomaniaques qui est venu plusieurs fois demander lui-même sa réintégration pour se soustraire à des excès qui ruinent sa santé.

Un malade se fait, en 1873, une large blessure au cou avec un rasoir, dans le but de se détruire; il sort guéri et, en 1879, il est repris de la même maladie; il entend des voix qui lui disent qu'il faut qu'il se jette à l'eau, etc., il va lui-même à la préfecture demander sa réintégration à l'asile Sainte-Anne.

Ces malades ont, en définitive, la connaissance intime de ce qui se passe en eux, ils jugent à leur juste valeur les accidents auxquels ils sont en butte, ils sentent parfaitement que leur volonté est insuffisante pour résister aux actes déplorables auxquels ils sont poussés. Les annales de la science renferment un grand nombre d'exemples de faits de cette nature.

Cette appréciation plus ou moins nette des phénomènes morbides ressentis peut alors constituer ce que l'on a appelé la *double vie mentale* s'exerçant chez l'individu dans le même moment. C'est un véritable état de dédoublement de la fonction psychique, de *double conscience*, l'une s'étonnant des sensations bizarres éprouvées par l'autre et les jugeant d'une manière exacte, situation singulière qui amène ce combat intérieur et le conflit général de toutes les déterminations et provoque enfin chez celui qui en est atteint les perplexités les plus cruelles.

X... est un malade instruit, intelligent, il a été attaché à la rédaction d'un journal important en province. Depuis un an il est dominé par un délire de persécution; tout le monde, dit-il, s'occupe de lui, on fait même exprès devant lui des signes obscènes; on répète ce qu'il dit, ce qu'il pense; mais ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'il analyse, qu'il étudie les sensations anormales qu'il éprouve et il fait à ce sujet les observations les plus judicieuses. Il sait que les impressions qu'il ressent sont de sa part l'objet de fausses interprétations. Ces impressions extérieures ou autres le traversent, dit-il, comme à travers une sorte de tamis sans laisser de trace de leur passage; son moi ne les

conserve pas, ne les réfléchit pas, il est réduit à une sorte d'automatisme; il se produit en lui comme des discussions, des théories sans qu'il y prenne la moindre part; on fait la demande et la réponse comme s'il y avait deux personnes; son moi est passif et reste comme spectateur, etc.; ce qui l'étonne, c'est qu'on sache ce qu'il pense; ainsi quand il pense à une phrase en latin, il entend dire aussitôt : où a-t-il pris son latin? etc.

Le Dr Jaffé cite l'observation suivante d'un malade qui se sentait double. C'était un ancien soldat de cinquante-trois ans, devenu garde de police, adonné aux boissons alcooliques et ayant reçu plusieurs fois des coups sur la tête; il devint insensiblement aliéné.

Lorsqu'il parlait, il employait le pronom *nous*; il disait : Nous avons bien diné, nous avons beaucoup marché; et si on lui demandait la raison de ce langage, il répondait que c'était parce qu'il y avait quelqu'un avec lui. A table il disait : Je suis rassasié, mais l'autre ne l'est pas.

Il se mettait à courir, on lui demandait pourquoi, et il répondait qu'il aimait mieux rester, mais que c'était l'autre qui le forçait, quoiqu'il le retint par son habit. Un jour, il se précipita sur un enfant pour l'étrangler, disant que ce n'était pas lui, mais l'autre. Enfin il tenta de se suicider pour tuer l'autre.

La démence se développa progressivement, et l'autopsie révéla une différence considérable entre les deux moitiés du cerveau, comme si chacune d'elles correspondait à chacune des deux individualités distinctes que ce malheureux sentait en lui.

Une dame, citée par le Dr Luys, disait : « Il y a en moi deux personnes, deux volontés, et ces deux volontés successives se contrebalancent et me font rester en place; je demeure immobile, stupide et j'ai le sentiment d'une lutte incessante qui s'opère en moi et de la situation pénible et ridicule qui en résulte pour moi » (E. Vi-

gues, feuilleton scientifique de la *France*, 14 juillet 1879).

Le Dr Krishaber cite des faits semblables : Un enfant était sujet à des attaques de catalepsie de courte durée, il avait cette conception bizarre de se croire double, il en était constamment étonné. Un autre s'exprime ainsi : une idée des plus étranges m'obsède et s'empare de moi, celle de me croire double. Je sens un moi qui pense et un moi qui exécute ; je perds alors le sentiment de la réalité du monde, je me sens plongé dans un rêve profond et ne sais pas si je suis le moi qui pense ou le moi qui exécute. Je perds quelquefois, disait un autre malade, jusqu'à la notion de ma propre existence, je me sentais si complètement changé qu'il me semblait être devenu un autre. Cette pensée s'imposait constamment à moi sans que cependant j'aie oublié une seule fois qu'elle était illusoire. Je sentais bien que mon intelligence était intacte, que mes sens étaient pervertis et me donnaient une notion fautive sur ce qui m'entourait ; c'était une lutte incessante entre les impressions involontaires et mon jugement (Krishaber, *Névrothie cérébro-cardiaque*, p. 142... Paris, 1873).

Tous ces faits se rapprochent de ce que l'on a désigné sous le nom de double conscience.

Littre distingue, sous ce rapport, deux situations différentes. Dans l'une, le patient a la conscience de cette duplicité, de ce dédoublement de la vie psychique ; il sent qu'il est double, rectifiant d'un côté les sensations fausses qu'il ressent de l'autre. C'est à cette situation que se rapportent les exemples précédents.

Dans l'autre cas, on ne constate pas la connaissance de cette duplicité ; ce sont deux existences qui se succèdent l'une à l'autre, qui n'ont aucun souvenir l'une de l'autre et qui s'ignorent respectivement.

Le somnambulisme, dit Littre, est un exemple remarquable de cette double vie, de cet état étrange dans le-

quel l'individu semble avoir deux existences étrangères l'une à l'autre. Pendant la veille, le somnambule ne garde aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant l'état somnambulique; mais, quand l'état somnambulique recommence, alors le sujet reprend le fil de sa vie dormante et se rappelle les actes accomplis durant l'accès précédent (Littre, *Ph. pos.* 1875, mai-juin).

Gratiolet rapporte le cas de la somnambule, observée par Darwin, qui suivait pendant les accès un certain ordre d'idées et un autre ordre pendant la veille. Comment se fait-il donc, ajoute cet auteur, que cette pensée lucide n'ait rien de commun avec celle de la veille? N'est-ce pas une chose merveilleuse et effrayante que cette double vie, cette double pensée, étrangère l'une à l'autre dans un même sujet? (Gratiolet, *Anat. du syst. nerveux*, p. 494).

Tout le monde connaît l'observation si curieuse rapportée par le Dr Azam, professeur à l'école de médecine de Bordeaux; elle est un cas très remarquable de ce doublement de la personnalité.

Felida X..., hystérique de bonne heure, présente un phénomène singulier, qu'elle nomme sa crise et qui consiste en ceci : tout à coup, après une douleur aux tempes plus ou moins vive, elle est prise d'une sorte de sommeil de quelques minutes pendant lequel elle est soustraite à toute espèce de stimulants. Puis elle se réveille et se trouve dans un état psychique tout différent de celui dans lequel elle se trouvait précédemment. Elle ouvre les yeux, salue en souriant les nouveaux venus. Sa physionomie s'éclaire et respire la gaieté; elle sort, circule en ville, entreprend un ouvrage quelconque; son caractère est complètement changé, de triste elle est devenue gaie et sa vivacité touche à la turbulence; d'indifférente qu'elle était à tout, elle est devenue sensible à l'excès. Dans cette vie comme dans l'autre, ses facultés intellectuelles et morales, bien que différentes, sont incontestablement entières; pas d'idées

délirantes, pas d'hallucinations; on peut même dire que, dans ce deuxième état, toutes ses facultés paraissent plus développées et plus complètes. Cette deuxième vie est de beaucoup supérieure à l'autre, en ce sens que sa mémoire est plus nette et qu'elle se souvient non seulement de ce qui s'est passé pendant les accès précédents, mais aussi de toute sa vie normale, tandis que pendant sa vie normale, elle n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant les accès. Au bout d'un certain temps elle retombe dans un état de torpeur de quelques minutes, puis elle rentre dans son existence ordinaire, et alors, elle ne conserve plus aucun souvenir de l'accès dans lequel elle se trouvait quelques instants auparavant.

Dans ce cas, dit Littré, l'influence qui transforme de fond en comble la personnalité dépend d'un travail pathologique; le changement qui s'opère est tout intime, l'état cérébral, ou si l'on aime mieux, l'état psychique prend une nouvelle manière d'être et crée la seconde personnalité.

M. le Dr Mesnet, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, a cité un cas très remarquable et très bien observé. Un sergent fut blessé à la bataille de Bazeilles par une balle tirée obliquement, qui lui fractura le pariétal gauche. Il en résulta une hémiplegie du côté droit qui dura un an environ. Au bout de ce temps, la paralysie guérit et il ne resta plus qu'un peu de faiblesse dans les membres qui avaient été paralysés. Mais des troubles singuliers apparurent quatre mois après et persistèrent; ces troubles coupent la vie du patient en deux phases distinctes, l'une tout à fait normale, l'autre pathologique. Dans son état ordinaire, l'ancien sergent se montre suffisamment intelligent, serviable et bienveillant pour les malades placés près de lui. Puis, tout à coup, sans transition, tous ses sens, excepté celui du toucher, se ferment aux excitations du dehors; le monde extérieur cesse d'exister pour lui, il

ne vit plus que de la vie exclusivement personnelle, il n'obéit qu'aux excitations automatiques de son cerveau. Les crises, qui durent de 15 à 30 heures, surviennent tous les mois au moins une fois. *Le malade sent venir la pesanteur au front; il est, dit-il, comme étreint par un cercle de fer, puis, il s'engourdit et en quelques minutes il entre dans cette sorte d'activité inconsciente si bizarre où il n'a que la faculté de répéter ses actes habituels comme une sorte d'automate. Il éprouve, en outre, un besoin impérieux de soustraire les objets, de voler. Après la crise, il n'a aucun souvenir de ce qui lui est arrivé; il n'a pas la moindre notion du temps, du lieu, des investigations dont il a été l'objet. La séparation entre les deux phases de sa vie, santé et maladie, est absolue... On peut dire d'une façon hypothétique sans doute, mais probable, que le prologue, la période de transition douloureuse est sous la dépendance d'un trouble de la circulation et que les nerfs vaso-moteurs, déterminés par l'influence morbifique, produisent une anémie relative en certaines parties du cerveau (Littre, 1878, p. 168, 170...).*

Littre pense que ce phénomène s'explique par ce fait que les couches optiques dont la fonction aurait pour but, d'après Luys, l'élaboration des impressions venues du dehors ou du dedans, sont entravées dans leur fonctionnement par un trouble quelconque et cessent de transmettre, ou le font d'une manière irrégulière, au centre perceptif, dans les circonvolutions, ces impressions. L'individu dont la porte par où passent nécessairement ces dernières est fermée, veille au dedans de lui-même; les intentions, les motifs, les impulsions veillent en lui, et il a une conscience assez lucide pour le sentir. De cette façon se forme la vie somnambulique, vie partielle, toute différente en cela même de la vie normale qui est totale. Il y a là comme deux mémoires différentes qui viennent à exister concurremment chez le même sujet. Des deux côtés la chaîne se

renoue par la similitude qui se reproduit respectivement. En définitive, les sensations, tant extérieures qu'intérieures, subissent dans les couchés optiques une élaboration spéciale. Quand cette élaboration est faussée, le monde extérieur et le monde intérieur cessent d'être perçus tels qu'ils sont et le trouble peut aller jusqu'à faire douter de la personnalité (Litré, *Ph. posit.* 1878, p. 333).

Nous ne nous arrêterons pas plus longtemps sur ces faits extraordinaires, qui le paraîtront d'autant moins que l'attention aura été portée davantage de ce côté; nous nous bornerons à citer les réflexions suivantes, si pleines de justesse, faites par le D^r Motet à la Société de médecine de Paris (séance du 22 fév. 1879).

Dans les accès de somnambulisme liés à l'hystérie, dit-il, les malades au sortir de leur accès ne savent rien de ce qu'elles ont pu faire; elles rentrent dans une existence toute différente de celle qu'elles viennent de mener. On voit les accès de somnambulisme liés entre eux par une continuité de souvenirs non douteuse, si bien que des actes commencés, des déterminations prises dans un accès antérieur, seront suspendus, oubliés pendant toute la période de retour à l'état normal et achevés, repris, à l'interruption même, comme s'il ne s'était pas écoulé plusieurs heures depuis l'arrêt brusque qui a signalé la fin de l'accès de somnambulisme et l'explosion de l'accès suivant. Il semble que, dans ce cas, le sujet jouisse de deux vies indépendantes l'une de l'autre, séparées par la perte de la mémoire, reliées dans les périodes semblables par le retour de cette faculté.

M. Motet rapporte à ce sujet l'exemple d'une jeune femme hystérique qu'il a observée avec le D^r Mesnet, chez laquelle on vit se succéder l'extase, la catalepsie, le somnambulisme, les vomissements, le hoquet, la paralysie avec tous les troubles de la sensibilité générale et spéciale. Cette dame eut pendant trois semaines des accès de som-

nambulisme que le D^r Motet a directement observés, pendant lesquels on voyait préparer un suicide, l'exécution en être retardée par la fin de la crise et la tentative être reprise dans la nuit suivante juste au point où elle avait été interrompue. Ces actes commencés ainsi se sont renouvelés plusieurs fois de suite. Pendant la veille le souvenir en était complètement perdu.

Légrand du Saulle cite l'observation, rapportée par le D^r Macario, d'une jeune femme somnambule à laquelle un homme fit violence. Eveillée, elle n'eut aucune conscience de l'outrage commis sur elle et ce ne fut que dans un nouveau paroxysme qu'elle révéla le fait à sa mère. On devine toutes les conséquences médico-légales qu'entraînent de semblables attentats. (Légrand du Saulle, *Folie devant les tribunaux*, p. 282).

Dans ces névroses à forme somnambulique on désigne sous le nom de *condition première*, l'état normal pendant lequel l'individu se rappelle les faits qui se sont passés dans la période de santé, perdant complètement le souvenir des circonstances produites dans la période d'accès. Au contraire, dans la période d'accès à laquelle on a donné le nom de *condition seconde*, l'individu accomplit d'une manière régulière, en apparence, les actes de la vie commune, mais la mémoire et la conscience ne se manifesteront, ne reprendront leur activité que pour les faits qui se sont passés dans cet état de condition seconde.

J. Falret cite, sous ce rapport, dans son article amnésie, un fait bien curieux emprunté à l'ouvrage de Forbes Winslow. « Un portier irlandais avait l'habitude de se griser. Il oubliait complètement ce qu'il avait fait pendant son accès d'ivresse. Mais il présentait ce phénomène curieux de se souvenir, dans une période d'ivresse suivante, de ce qu'il avait fait dans celle qui avait précédé. Une fois, il avait perdu un objet d'une certaine valeur, étant ivre. Dans son état de lucidité, il ne pouvait donner de renseignements

sur l'endroit où il avait pu perdre cet objet. S'étant enivré de nouveau, il se rappela très clairement le lieu où il avait laissé cet objet qui put être retrouvé » (Voir *Union médicale*, 40 juin 1879).

En résumé, chez les aliénés comme dans la plupart des névroses, quelle qu'en soit la cause, le trouble de la conscience est en rapport avec celui qui vient atteindre les autres facultés ; les malades ne peuvent plus avoir qu'une interprétation fausse, qu'une notion insuffisante et plus ou moins confuse des phénomènes morbides auxquels ils viennent d'être sujets. Mais on observe à cet égard les phénomènes les plus remarquables. La conscience peut présenter les transformations les plus variables ; elle dépend du nouveau mode de sensibilité que l'état maladif est venu déterminer et elle contribue alors à fortifier l'individu dans ses convictions erronées.

On observe aussi des aliénés aptes à juger sainement les troubles psychiques auxquels ils sont sujets. Ils apprécient justement les conditions psychiques anormales dans lesquelles ils se trouvent ; ils sentent que leur volonté est absolument déprimée, que toute force de résistance est anéantie chez eux, que les idées les plus absurdes et que les impulsions les plus dangereuses viennent les dominer ; on voit en un mot persister chez eux la connaissance intime des accidents auxquels ils sont en butte. Le malade obéit passivement et sait qu'il obéit fatalement à l'influence qui le domine. Il combine sciemment les moyens d'arriver au but vers lequel il est poussé. Tel est cet aliéné, habitant d'une ville de province, qui trouve un prétexte pour se mettre en voyage, emmène sa sœur à Paris et là dans une chambre d'hôtel où il est inconnu, où il ne peut être surveillé par les siens, égorge sa sœur et se fait sauter la cervelle.

Il est des fous, dit Alb. Lemoine, qui ont si bien conscience à la fois de leur volonté et de sa faiblesse, qu'ils

vous disent : Je sens que ma pensée m'échappe, je ne puis plus la retenir (Alco Lemoine, *L'aliéné devant la philosophie*, p. 290 et 293).

Nous voyons chez d'autres aliénés la personnalité se doubler, on dirait qu'il existe véritablement chez eux une double conscience, ils éprouvent à la fois deux sensations, l'une vraie, l'autre fausse; la pensée ne sait à laquelle des deux croire, de quel côté se tourner, de là un mélange de sensations confuses et pour l'individu deux directions contraires dans lesquelles il est entraîné suivant les circonstances.

Que peut-on conclure de tous ces faits au point de vue médico-légal ?

Plus on étudie les troubles psychiques qui caractérisent l'aliénation mentale, plus on reste confondu en présence de la complication qu'ils présentent et de la difficulté que l'on éprouve à déterminer leur véritable signification au point de vue de l'anatomie pathologique comme à celui de la responsabilité morale. La conclusion que nous nous bornerons à tirer, à ce dernier point de vue, c'est que l'homme souffrant, l'homme malade, diffère essentiellement de l'homme jouissant de l'état de santé. Quelles qu'aient été les théories qui peuvent être soulevées sous le rapport de la conscience et de la responsabilité morale, il faudra toujours admettre ces deux facteurs essentiels, la maladie d'une part, l'état de santé de l'autre.

La conscience ne doit pas être envisagée d'une manière abstraite, et en dehors de ces deux conditions particulières.

La responsabilité morale, a-t-on dit, est plus ou moins engagée suivant que l'individu conserve plus ou moins la conscience de lui-même. L'homme qui ne possède plus cette connaissance, ne peut être évidemment considéré comme jouissant de son libre arbitre. C'est là une opinion qui ne saurait faire l'objet d'aucune espèce de doute. Mais

la recherche du degré de conscience que l'aliéné peut conserver et, par conséquent, du degré de responsabilité qu'il peut avoir encourue, constitue déjà un état de choses des plus difficiles à apprécier.

Sans doute, la connaissance parfaite de soi-même dans certaines formes d'aliénation mentale doit être pour le diagnostic et le pronostic, comme elle l'est au point de vue de la médecine légale, un élément d'appréciation considérable. Mais cela ne saurait suffire; il y a toujours lieu de tenir grand compte des symptômes mêmes qui caractérisent la maladie, des manifestations délirantes, du développement de l'affection, des phases et des périodes parcourues. Il faut savoir que l'individu peut conserver la conscience plus ou moins nette de sa situation, mais qu'il n'en existe pas moins chez lui, soit un élément impulsif, soit une idée fixe, soit des interprétations délirantes qui maîtrisent sa volonté et entravent son libre arbitre.

La folie présente d'ailleurs, nous l'avons dit, les manifestations les plus variables. Il existe pour chaque individu une individualité délirante différente dont l'observation révèle des caractères particuliers. Il est, par exemple, des infortunés dont l'éducation a été faussée, qui n'ont jamais eu sous les yeux que les plus fâcheux exemples, qui portent même en eux la tare héréditaire et qui peuvent être pris, à certaines époques de leur existence, sous l'influence de circonstances spéciales, de moments de surexcitation qui se caractérisent alors bien moins par le trouble des facultés intellectuelles que par une étrange perturbation des facultés morales. Ces malheureux, dominés par d'irrésistibles impulsions dont ils ont plus ou moins la conscience, peuvent accomplir froidement, sans être poussés par d'autres mobiles et sans autre souci des conséquences qui peuvent en résulter pour eux, les actes les plus révoltants. La préméditation dont ils font preuve, la logique qui préside à leur exécution, est l'argument et le témoignage in-

voqués en faveur de l'intégrité qui préside à l'exercice de leurs facultés. Cet argument ne peut avoir qu'une valeur relative aux yeux d'un médecin expérimenté et qui a acquis une certaine habitude des aliénés. La conscience plus ou moins persistante ne saurait être pour lui une sorte de thermomètre qui lui permettrait de mesurer le degré de responsabilité encourue. Ce qu'il doit chercher avant tout, c'est la constatation des phénomènes morbides qui caractérisent l'état d'aliénation mentale. Il lui appartient, ensuite, de déterminer l'intensité des phénomènes morbides, de manière à bien faire ressortir le degré de résistance laissé au malade pour vaincre l'impulsion qui l'a entraîné.

DE L'ACCROISSEMENT
DU NOMBRE DES CAS DE
FOLIE PARALYTIQUE
ET DE SES CAUSES

Par le D^r A. SAUZE

Médecin honoraire des asiles d'aliénés,
Directeur de la maison de santé du Canet.

Il est un fait pathologique des plus certains et des plus remarquables, c'est l'accroissement, depuis un certain nombre d'années, de la folie paralytique. Tous les médecins aliénistes l'ont constaté, et l'on ne peut varier d'opinion que sur la cause de ce phénomène.

Il y a trente ans environ, quand j'arrivai comme médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Marseille, les cas de folie paralytiques étaient encore rares. Sur une population de 5 à 600 malades, on en comptait quelques cas à peine. Esquirol n'avait-il pas d'ailleurs annoncé que la paralysie générale était à peu près inconnue dans les régions méridionales? Dans un important travail statistique sur l'asile d'aliénés de Marseille, embrassant une période de neuf années, de 1840 à 1849, le D^r Aubanel établit la proportion de 1 aliéné paralytique sur 7 environ. Cette proportion, inférieure à celle constatée dans les asiles du Nord, prouve cependant combien était grande l'erreur d'Esquirol.

Il faut cependant reconnaître que cette opinion d'Esquirol répondait à un fait pathologique vrai. La proportion des paralytiques, dans le midi de la France et de l'Europe, était autrefois très inférieure à celle du Nord. En effet, à Montpellier, sur 132 aliénés traités par le D^r Rech, de 1824 à 1825, il n'y a pas un seul cas de paralysie générale. A Toulouse, M. Delayé en avait observé 4 sur 20. Le D^r Vulpes, médecin de la maison d'Aversa, à Naples, avait répété plusieurs fois à Esquirol que, sur 500 aliénés des deux sexes, il n'avait que 2 ou 3 paralytiques. Enfin, dans un essai historique et statistique sur l'ancienne maison de fous de Marseille (hospice Saint-Lazare), depuis sa fondation en 1809 jusqu'en 1837, par le D^r Lautard, médecin en chef, je n'ai trouvé aucune mention de la folie paralytique. Le silence de l'auteur sur ce point, prouve au moins que la paralysie générale devait être très rare à cette époque.

On voit, par ces résultats appuyés sur les chiffres authentiques, que la rareté de la folie paralytique était réelle dans le midi de la France et de l'Europe. Ajoutons encore, pour corroborer cette opinion, qu'ayant eu l'occasion, à l'asile de Marseille, d'observer les aliénés de l'Algérie qui y étaient envoyés, nous n'avons, sur un nombre assez considérable d'Arabes, constaté que quelques cas de paralysie générale. Il est évident d'ailleurs, que la vie calme et résignée des sectaires du Coran, leur existence paresseuse et sans souci, la défense faite par Mahomet de boire du vin et des liqueurs spiritueuses, toutes ces conditions, dis-je, semblent faites pour écarter les causes que l'on considère en général comme les plus favorables au développement de la folie paralytique.

Depuis cette époque, les cas de paralysie générale ont atteint, à Marseille, une proportion plus élevée et se rapprochant sensiblement des chiffres observés déjà dans les asiles du Nord. Le fait est patent, indiscutable; il ne s'agit

plus que d'en chercher les causes. C'est ce que nous nous proposons de faire dans ce mémoire. Il me sera d'autant plus facile de traiter cette question que j'ai assisté moi-même à cette transformation pathologique. Il sera nécessaire d'examiner si, à cette modification des formes de la folie, répondent des modifications du milieu social capables d'expliquer ce changement considérable. Car tout s'explique dans les phénomènes inhérents à notre organisation, qu'ils soient pathologiques ou physiologiques. Il n'y a pas de fait sans cause et nous arriverons à démontrer sous l'influence de quelles transformations sociales s'est opérée cette transformation de la folie.

Avant de chercher la cause de cette augmentation des cas de paralysie générale, dans les pays où elle était primitivement si rare qu'on en avait presque nié l'existence, il est de toute importance, à mon avis, de se livrer à une étude approfondie de l'étiologie de cette affection; de bien rechercher, parmi les causes que les auteurs considèrent comme concordant à la production de cette terrible maladie, quelles sont celles dont l'existence est le moins contestable, et dont l'action est le mieux établie. Nous rechercherons alors, avec soin, quelles sont celles qui, dans cette période de trente années environ sur laquelle porte notre observation personnelle, ont pu se développer au point d'expliquer l'extension considérable de la folie paralytique dans nos régions méridionales.

Au moyen âge, dans la société féodale, les masses abruties et dominées par la superstition travaillaient tout juste pour vivre, sans ambition possible et partant sans activité. Il n'y avait alors ni commerce ni industrie, l'existence était calme et paresseuse. Les populations, sans activité morale, étaient évidemment peu exposées aux maladies organiques du cerveau, résultant de l'excitation. Leur intelligence ne pouvait être troublée que par le fanatisme religieux. La peur du démon, la crainte de la fin du monde et de la

damnation éternelle étaient les seules causes de la folie et imprimaient leur unique caractère aux manifestations délirantes de ce temps. Ce fut l'époque des démonomaniaques, des extatiques et de la sorcellerie.

Dans la société moderne, au contraire, et sous le régime démocratique surtout, une bien plus large part est faite à l'activité humaine. Son développement n'a pas de limites. Chacun peut aspirer aux plus hautes fonctions de l'État et peut avoir la légitime ambition d'augmenter sans cesse son bien-être et celui de sa famille, et d'arriver même à la fortune. Mais il est facile de comprendre que, dans ce travail incessant de chaque jour, le cerveau est continuellement en jeu, qu'il est surmené, et dès lors on conçoit sans peine que les affections organiques trouvent dans cette activité exagérée et sans relâche les conditions les plus favorables à leur développement. La vie, aujourd'hui, est toujours agitée et comme fiévreuse. Elle est devenue plus extérieure et expose ainsi l'homme à divers excès, à celui des boissons entre autres, qui se lie étroitement à la fréquentation des cercles et des cafés.

La folie paralytique sera la caractéristique pathologique des maladies mentales de notre époque, comme la folie religieuse fut la caractéristique de l'aliénation au moyen âge.

On comprend sans peine, d'ailleurs, que cette excitation du cerveau, cette augmentation de l'activité morale de l'homme a des limites qui ne peuvent être dépassées sans danger. Chacun de nous a en quelque sorte sa sphère intellectuelle qu'il ne peut que difficilement franchir, sans s'exposer aux plus redoutables conséquences. Le cerveau de l'un est usé là où celui de l'autre sent à peine la fatigue. Chacun, dans cette suractivité cérébrale, apporte la force de résistance qui lui est propre.

Après ces considérations générales, nous allons passer successivement en revue les diverses causes admises par

les auteurs les plus autorisés, comme concourant à la production de la folie paralytique. Puis nous examinerons si, dans les conditions sociales où nous vivons, elles ont augmenté d'intensité; de manière à pouvoir expliquer d'une manière satisfaisante l'accroissement de la paralysie générale.

La consommation des boissons alcooliques a fait de notre temps des progrès considérables et qu'on ne peut que déplorer. « Pour l'homme, comme pour les animaux, dit le » Dr Lunier dans son remarquable ouvrage intitulé : *De la » production et de la consommation des boissons alcooliques » en France et de leur influence sur la santé physique et intellectuelle des populations*, le besoin de boire est encore » plus impérieux que celui de manger. Mais est-il nécessaire que les liquides qui lui servent de boissons contiennent de l'alcool ou tout autre excitant, et l'eau pure ne peut-elle lui suffire? Les faits nous autorisent à penser » que cette addition n'est aucunement nécessaire. Aujourd'hui encore, des populations entières, et parmi nous, » beaucoup de personnes n'ont jamais fait usage de boissons fermentées. Un certain nombre même ne boivent » que de l'eau et ne sont pas moins robustes ni moins actives que les autres. L'interdiction absolue des boissons alcooliques n'offrirait donc aucun inconvénient pour la » santé des populations.

» Mais il faut nous placer sur un terrain pratique. L'usage des boissons fermentées est entré depuis si longtemps dans nos habitudes, surtout dans les pays de production, que ce serait tenter l'impossible que de vouloir les interdire d'une façon absolue. »

Ce ne sont pas seulement les ivrognes qui font excès de boissons alcooliques. Bien des personnes qui ne se sont d'ailleurs jamais enivrées, sont dans le même cas. Aujourd'hui, il est entré malheureusement dans nos habitudes, par la fréquentation des cercles et des cafés, de boire à

tout instant de la journée. La vie extérieure a remplacé en grande partie, même pour l'homme marié qui vit en famille et dont la conduite est en tout point parfaitement régulière encore, la vie intérieure. Sans parler de la quantité d'alcool relativement considérable contenue dans le vin que l'on prend à ses repas, on absorbe encore dans la journée une certaine dose de liqueurs fermentées. Eh bien ! à la longue, chez ces individus qui passent pour ne pas faire d'excès, qui en effet ne se sont jamais enivrés, des quantités d'alcool finissent par s'emmagasiner. Que sera-ce pour ceux qui, moins réglés dans leur manière de vivre, n'ayant pas de famille ni d'intérieur, continuent à boire pendant une partie de la nuit ? On peut le dire, sans crainte d'être démenti, notre siècle est le siècle de l'alcool.

Comme l'a dit un jour, fort judicieusement, M. Legrand du Saullé à la Société médico-psychologique : « Les personnes qui prennent chaque jour une dose exagérée d'alcool, mais insuffisante pour déterminer l'ivresse sont plus exposées à la folie alcoolique et à la paralysie générale que les individus qui s'enivrent de temps en temps, mais qui restent sobres dans l'intervalle de leurs excès. »

On sait, d'autre part, que la consommation du vin a augmenté progressivement dans son ensemble depuis quarante ans. Depuis dix ans, d'après les documents recueillis par le D^r Lunier, elle a été en moyenne de 105 litres par habitant; elle est aujourd'hui de 125 litres. Elle n'était, dans la période de 1829-38, que de 63 litres.

Étant admis que l'augmentation de la consommation du vin sur tous les points de la France a été considérable de notre temps, nous devons cependant déclarer, d'après les auteurs les plus compétents et qui font autorité en pareille matière, que ce n'est pas aux vins naturels ni aux eaux-de-vie de vin qu'il faut attribuer les désordres physiques et intellectuels connus sous le nom d'alcoolisme, mais bien à peu près uniquement aux alcools d'industrie. Ils sont éminem-

ment dangereux pour la santé publique. Or, sur les 4,500,000 hectolitres d'alcools consommés annuellement en France, les cinq sixièmes environ sont fournis par les distilleries industrielles, et cette proportion tend tous les jours à augmenter. La proportion des cas de folie de cause alcoolique est presque partout, ainsi que l'a constaté le D^r Lunier, en raison directe de la consommation des alcools d'industrie.

Nous venons d'établir que la consommation du vin avait augmenté à peu près sur tous les points de la France; mais cette augmentation, bien que relativement considérable, est loin d'être comparable à celle de l'alcool.

Depuis 1830, la consommation de l'alcool a augmenté, pour la France, de 38 p. 100. En dehors de l'alcool, il se consomme encore différentes liqueurs spiritueuses : telles sont les différentes eaux-de-vie, le tafia, le rhum, le bitter, le kirsch, l'absinthe, etc. Toutes ces boissons doivent être considérées comme nuisibles à la santé. Tous les auteurs qui ont étudié spécialement cette question, admettent que l'alcool, absorbé dans l'estomac, passe de là dans la circulation générale, et va ensuite stimuler directement les centres nerveux. Le cerveau est de tous les organes celui qui ressent le plus vivement l'action de l'alcool. Absorbé et mis en rapport avec la substance du cerveau, l'alcool en exalte les fonctions. C'est d'abord une simple excitation, puis un véritable délire plus ou moins violent aboutissant tantôt à une agitation extrême, tantôt à une crise de fureur, enfin à un état d'abattement.

Revenant à de courts intervalles, ces excès ont pour conséquence inévitable un accès de délirium tremens, d'alcoolisme aigu. Quand l'action de l'alcool, bien que légère, se répète chaque jour, au simple ébranlement nerveux succède la congestion diffuse du cerveau. Puis arrive l'affaiblissement graduel des facultés intellectuelles et morales, la paresse d'esprit, la perte de la mémoire, l'em-

barras de la parole, le tremblement des membres; c'est-à-dire la folie paralytique (4).

Nous avons exposé d'après les auteurs les plus recommandables quelle était l'influence pernicieuse des boissons alcooliques sur la santé des populations. Nous avons également établi que c'est sur le cerveau surtout que se manifeste leur funeste action. Elles produisent un état d'excitation d'abord, puis des phénomènes congestifs. Que ces excitations se renouvellent, et il est facile de comprendre qu'à la longue l'encéphale finira par devenir le siège d'un travail inflammatoire entraînant à sa suite des altérations anatomiques. Or, comme tous les médecins aliénistes l'ont observé, il est établi aujourd'hui d'une manière indiscutable que la paralysie générale est essentiellement caractérisée par des lésions de nature inflammatoire. C'est, comme l'a dit Calmeil, une périencéphalite chronique diffuse. Les membranes s'infiltrant, s'épaississent, et à la dernière période de la maladie on enlève avec elles la couche superficielle de la substance grise, injectée, ramollie et quelquefois réduite en bouillie. Comme on le voit, l'usage immodéré des boissons alcooliques, en congestionnant l'encéphale, doit faciliter la production de ces diverses lésions qui sont le caractère pathognomonique de la paralysie générale.

Nous avons également dit que la consommation de l'alcool avait, depuis quelques années, augmenté dans toute la France dans une proportion considérable. Quant aux départements des Bouches-du-Rhône et du Var, sur les aliénés desquels portent nos observations, examinons jusqu'à quel point, dans cette région, a augmenté la consommation des boissons alcooliques. J'entrerai à ce sujet dans quelques détails qui jèteront un jour nouveau sur la question. Il y a quelques années, dans le Var par exemple; l'usage du vin dans les campagnes était seul connu. Les paysans se

(4) MM. Dumas et Bergeron.

réunissaient dans des chambrées où l'on ne consommait que le vin naturel du pays, sans aucune espèce de mélange ni de sophistication. L'usage des liqueurs était complètement inconnu. Mais depuis, dans les plus petits villages, se sont ouverts des cafés, des cercles; et l'usage des liqueurs spiritueuses s'est répandu d'une manière déplorable. Le vin n'est plus consommé qu'aux repas. Dans les villes, la progression est plus considérable encore. A Marseille, notamment, j'ai connu l'époque où les ouvriers des quais ne consommaient que du vin pour se désaltérer. La race était alors forte et vigoureuse. Mais aujourd'hui, les portefaix se sont adonnés à l'usage des boissons alcooliques; aussi, la génération actuelle ne fournit que très peu d'hommes d'une grande vigueur, et sans l'emploi des engins perfectionnés qui servent à la manipulation de la marchandise, la plupart des ouvriers des ports seraient incapables de soulever et de porter les lourds fardeaux que les anciens remuaient avec tant de facilité. Aussi fournissent-ils un large contingent à la folie paralytique! Dans le département du Var, la paralysie générale, autrefois inconnue, fait aujourd'hui des ravages considérables, et cette population presque exclusivement agricole, fournit une proportion de paralytiques presque aussi élevée que dans les grandes villes. Quant aux classes élevées, c'est triste à dire, leur contingent est encore plus grand que celui des classes ouvrières. Cela tient, comme je l'ai déjà dit, à ce que les habitudes de cercle et de café se sont propagées d'une manière effrayante, et que la vie est devenue presque entièrement extérieure, contrairement à ce qui avait lieu dans les temps passés. D'ailleurs l'alcool n'est plus ici le seul facteur en cause. L'activité plus grande du cerveau, l'ambition plus élevée viennent s'ajouter à l'influence délétère des boissons alcooliques. La même observation s'applique à la population militaire. Ainsi dans l'armée, nous avons eu souvent occasion de constater que

la folie paralytique était plus fréquente chez les officiers que chez les soldats. A l'asile d'aliénés de Marseille, où l'on reçoit un nombre assez important de militaires, il n'est pas rare de voir les officiers presque tous atteints de paralysie générale, alors que, sur un nombre beaucoup plus élevé de soldats, on compte à peine quelques cas de périencéphalite. Cette différence s'explique par les mêmes causes. Le soldat, ainsi que nous l'avons dit, pour les paysans, consomme plus souvent du vin que de l'alcool. L'officier, au contraire, boit surtout des liqueurs spiritueuses.

Dans ma maison de santé du Canet où je ne reçois que des malades appartenant aux classes élevées de la société, j'ai constaté un résultat plus caractéristique encore. Ainsi, sur 28 hommes admis, il y a 20 paralytiques. Cette proportion est vraiment effrayante et dépasse tout ce qu'on avait dit jusqu'à ce jour sur l'accroissement de la paralysie générale. Et, si l'on veut bien songer un instant que tous ces malades sont destinés à mourir fatalement, que la durée moyenne de la maladie est moins longue en général qu'on ne l'avait cru, il est facile de comprendre que les maisons d'aliénés seraient encombrées de paralytiques, s'ils y séjournaient plus longtemps et s'ils ne se renouvellent pas dans un assez bref délai.

Ce qui prouve le rôle important que joue l'abus des boissons alcooliques dans la production de la périencéphalite chronique, c'est qu'elle est restée très rare chez la femme, qui en général consomme peu de vin et peu de liqueurs. A ma maison de santé, à côté du chiffre effrayant de paralytiques hommes que je viens de signaler, je n'ai constaté qu'un seul cas de folie paralytique sur 42 femmes. Il y a là une différence de proportion qui est significative assurément. Il est vrai que, dans les asiles publics (et le fait s'explique à merveille), la différence est moins saillante et la proportion des femmes paralytiques est plus élevée.

Mais ce sont surtout les femmes de mauvaise vie, ou bien celles dont l'existence est dans tous les cas moins régulière, des artistes, des femmes du demi-monde, qui fournissent presque exclusivement le contingent de la paralysie générale.

Si l'on veut bien y réfléchir un instant, on s'apercevra que les femmes de cette catégorie, ayant quitté la vie normale, contractent des habitudes semblables à celles des hommes en général, qu'elles font souvent usage, comme eux, des boissons alcooliques, et qu'elles commettent, dans cette nouvelle situation, des excès inconnus aux personnes de leur sexe qui vivent dans les conditions ordinaires que l'organisation sociale leur a faites. Dans ma clientèle de la ville, je soigne en ce moment deux malades de ce genre. L'une d'elles est une ancienne artiste des théâtres de Paris, dont l'existence a été des plus agitées; elle présente les symptômes de la paralysie générale confirmée. L'autre est une femme qui a quitté son mari pour suivre son amant en Amérique. Sa vie a été pleine de péripéties de toute espèce. Elle est aujourd'hui arrivée au dernier degré de la maladie.

Je ne crains pas d'affirmer, malgré l'opinion contraire du Dr Voisin, mais sans être aussi exclusif que le Dr Cavalier, que la folie paralytique est très rare chez les femmes vivant régulièrement. Je ne conteste pas qu'on ait pu l'observer quelquefois dans ce cas; mais, pour ma part, je suis obligé de reconnaître que je ne l'ai vue qu'à l'état d'exception chez les femmes de cette catégorie. Ce fait n'a rien qui doive nous surprendre et il s'explique de la manière la plus logique. En effet, il n'y a que chez les femmes d'une vie irrégulière que l'on rencontre la plupart des causes qui produisent évidemment la folie paralytique.

Après avoir établi la coïncidence de l'augmentation de la paralysie générale avec l'augmentation de la consommation de l'alcool, il sera facile de démontrer qu'il y a une

relation de cause à effet entre ces deux faits. Tous les auteurs reconnaissent en effet l'influence de l'excès des boissons alcooliques sur la production de la folie paralytique. Dans son remarquable traité de la paralysie générale des aliénés, le Dr Voisin dit : « Les abus de boissons alcooliques sont également capables de congestionner l'encéphale. Bien que nous nous soyons efforcé au chapitre précédent d'établir une différence très nette entre l'alcoolisme chronique et la paralysie générale, nous ne pouvons pas nous défendre de croire que les excès d'alcool soient une cause prédisposante de la paralysie générale. » Quant à cette différence entre l'alcoolisme et la paralysie générale, malgré les travaux qui ont été publiés de nos jours, nous ne sommes pas encore convaincu de la réalité de cette distinction pathologique, dans un grand nombre de cas. Nous partageons sur ce point l'opinion du Dr Magnan et, comme lui, nous croyons à l'existence d'une paralysie générale causée uniquement par les abus alcooliques. Comme bien des médecins, d'ailleurs, je fonde mon opinion sur l'existence dans les deux maladies, des mêmes symptômes et des mêmes lésions. Ne voit-on pas fréquemment des malades réputés alcooliques, venant faire dans les asiles d'aliénés quelques séjours, et finissant par y rester définitivement et par y mourir paralytiques ? Mon observation personnelle a confirmé cette manière de voir. J'ai vu si souvent des cas de délirium tremens, d'alcoolisme chronique, diagnostiqués par les praticiens les plus autorisés, se terminer par de véritables paralysies générales, qu'il me paraît très difficile de maintenir une distinction bien nette entre ces deux maladies. Ajoutons encore que ces prétendus alcoolisés aigus ou chroniques ne finissant pas par la périencéphalite, sont tellement rares dans notre pays, où cependant la consommation de l'alcool a fait des progrès considérables, que leur extrême rareté serait même inexplicable.

N'est-il pas plus rationnel d'admettre, avec certains médecins, que ce ne sont là que des périodes diverses d'une seule et même affection? Dans tous les cas, et quelque étonnante que puisse paraître cette opinion, si l'on persiste à maintenir cette distinction, il est infiniment plus fréquent de voir l'abus des boissons alcooliques produire la paralysie générale que la vraie folie alcoolique. Je crois que c'est là un point de pathologie mentale encore obscur, malgré les travaux importants qui ont été publiés à ce sujet et je pense qu'il serait bon de réunir encore de nombreux matériaux, avant de se prononcer définitivement sur cette question si complexe.

Calmeil exprime une opinion semblable à la nôtre dans son *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. « L'inflammation des méninges et de la substance corticale du » cerveau, écrit Calmeil, est des plus fréquentes chez les » débitants de vin et d'eau-de-vie, chez les épiciers, les » distillateurs, les marchands de tabac, les cafetiers et en » général chez tous les individus dont la profession rend » les excès alcooliques faciles. Elle est très répandue chez » les officiers qui s'habituent à fréquenter les cafés, à » boire avant la fin de chaque journée un nombre considérable de verres de vin sucré, de rhum ou d'eau-de-vie. » Mais dans ces dernières campagnes d'Afrique, c'est surtout l'abus des liqueurs préparées avec l'absinthe, qui a entraîné la perte d'un nombre considérable de militaires que rien n'a pu soustraire à l'invasion de la démence et de la paralysie générale complète. Elle est commune chez les cuisiniers qui sont exposés à l'ardeur d'un feu altérant et qui se laissent entraîner à boire de préférence des vins liquoreux et du rhum. Comme les causes qui viennent d'être mentionnées exercent surtout leur influence dans les grands centres de population, dans les villes opulentes, on doit s'attendre à rencontrer la périencéphalite chronique diffuse bien plus souvent qu'ailleurs, à Paris

» et à Londres, par exemple. C'est en effet ce qu'on est à
» même de constater journellement. »

Ainsi, il me paraît impossible de méconnaître que les excès alcooliques sont un des facteurs les plus puissants qui concourent à la production de la folie paralytique. Nous avons vu surtout dans l'asile d'aliénés de Marseille, le nombre des aliénés paralytiques, d'abord si restreint qu'on n'en comptait que quelques cas à peine, s'élever progressivement et atteindre des proportions aussi fortes que dans les asiles du Nord, au fur et à mesure que la consommation de l'alcool s'est accrue. La paralysie générale, qui existait à peine dans les populations agricoles du Var, a, sous l'influence des mêmes causes, suivi une marche ascendante. Aussi on ne pourrait plus dire aujourd'hui, comme au temps d'Esquirol, que la folie paralytique est à peu près inconnue dans le midi de la France. Et ce qui démontre victorieusement, à mon avis, que c'est l'abus des boissons alcooliques qui est le véritable facteur de cet accroissement, c'est que la proportion de la paralysie chez les femmes ne s'est pas modifiée d'une manière appréciable, qu'elle est restée à peu près la même, parce qu'en définitive, les femmes boivent peu de vin et presque pas de liqueurs spiritueuses, qu'en un mot les excès alcooliques leur sont généralement inconnus. D'ailleurs, si l'on a exceptionnellement occasion d'observer la paralysie chez la femme, c'est surtout et presque exclusivement d'après mon expérience personnelle, ainsi que je l'ai déjà dit, dans cette catégorie de femmes dont la conduite est irrégulière et qui s'adonnent, comme les hommes, d'une manière immodérée à l'usage des boissons alcooliques.

La même observation s'applique aux populations qui ne font pas usage de liqueurs spiritueuses. Ainsi, chez les Arabes de l'Algérie, comme nous l'avons dit, la folie paralytique est rare. La prohibition faite par Mahomet, et rigoureusement suivie par ce peuple superstitieux, de l'usage

du vin et des boissons alcooliques, supprime les excès qui existent chez nous. Les peuples du Midi, qui longtemps n'ont bu que du vin pur de tout mélange et de toute sophistication, sans consommer de l'alcool, ont été par la même raison moins exposés jusqu'à ce jour à la périencéphalite, si bien que beaucoup de médecins, comme on le sait, avaient nié chez eux l'existence de cette terrible maladie à cause évidemment de son extrême rareté qui l'avait fait échapper à l'observation.

On me reprochera peut-être d'insister outre mesure sur cette influence de l'alcool. C'est que je la regarde comme la cause principale du mal que nous étudions et que c'est sur elle surtout qu'il faut appeler l'attention des pathologistes. Cet abus des boissons alcooliques est un des caractères de notre temps, et jamais, à aucune époque de l'histoire, il n'avait pris une pareille extension. Toutes les classes de la société, à des degrés divers, y participent, et, il faut l'avouer, les classes élevées n'y sont pas les moins sujettes. Elles y trouvent une excitation cérébrale qui facilite jusqu'à un certain point le travail intellectuel dont elles vivent.

Si, à mon avis, l'alcool est le facteur le plus important dans la production de la folie paralytique, en tant que cause d'excitation cérébrale, contrairement peut-être à l'opinion de bien des médecins distingués et dont l'autorité est incontestable en pareille matière, je n'ai pas la pensée d'en faire l'agent exclusif de cette terrible maladie. Toutes les causes qui, directement ou indirectement, aboutissent à l'encéphale, qui sont capables de l'exciter, de le congestionner, seront évidemment propres à produire les mêmes effets que l'alcool, par un mécanisme différent peut-être de prime abord, mais dont le résultat final est le même. Mais ces nouvelles causes, comme on le voit, sont réductibles à la première, et nous arrivons toujours en définitive à une résultante commune, l'excitation et la congestion du cerveau.

Après l'usage immodéré des boissons alcooliques qui est certainement une des causes les plus puissantes et les plus générales, il faut citer en première ligne la suractivité cérébrale qui est le caractère essentiel de notre époque, au point de vue social. La vie est devenue pour tous une véritable lutte; comme je l'ai déjà dit, et comme chacun le sait, jadis l'existence était évidemment plus calme, moins tourmentée, moins fiévreuse que de nos jours. L'existence des castes diminuait l'ambition de chacun et les efforts qu'il pouvait faire pour arriver à une situation plus élevée. Aujourd'hui, il n'en est pas ainsi. Il y a dans toutes les classes de la société une ambition démesurée qui a sa raison d'être dans une certaine mesure. Cette tendance à l'élévation, est le caractère essentiel de notre époque. Le Dr Lefebvre de Louvain lui attribue la fréquence de la paralysie générale qu'il appelle avec raison, à mon avis, la maladie du siècle. Pour moi, malgré les objections nombreuses soulevées par cette opinion, et qui ne me paraissent pas très fondées, j'estime, comme le médecin que je viens de citer, que l'influence du milieu social sur la production de la folie paralytique est incontestable, et qu'elle est d'autant plus marquée dans les divers pays que la civilisation est plus avancée. C'est d'ailleurs l'opinion de Brierre de Boismont, de Desgenettes, de Griesinger, qui ont observé en Egypte; d'Alexandre de Humboldt qui a vu les populations de l'Amérique du Sud; de Ruchs, professeur à Philadelphie; de Moreau, de Tours, qui a observé en Orient. Pour nous, qui avons étudié la paralysie générale dans le midi de la France, dans le département du Var et des Bouches-du-Rhône, nous avons constaté que la folie paralytique, d'abord très rare dans cette région, a pris un accroissement considérable avec les progrès de la civilisation et l'introduction des habitudes qu'elle entraîne avec elle. En vain nous objecterait-on que ce n'est pas la civilisation qu'il faut incriminer, mais bien les écarts qui n'ont rien de commun avec elle ou

avec le véritable progrès. Pour moi, quoi qu'on en ait dit à ce sujet, ces conséquences funestes sont inévitables, si elles ne sont pas nécessaires. Nous avons pu constater d'une manière invariable le développement parallèle et de la civilisation et de la paralysie générale dans la région que nous avons eu occasion d'observer. De même pour les Arabes de l'Algérie qui vivent dans le même milieu social qu'il y a plusieurs siècles, et qui grâce à la loi du Coran et aux prescriptions de Mahomet sont réfractaires à la civilisation, et échappent par conséquent à tous les inconvénients qui en sont inséparables et, dans tous les cas du moins, à l'augmentation de l'activité cérébrale qui en est la conséquence inévitable et qui est un des facteurs incontestables de la périencéphalite, nous avons vu la proportion de la folie paralytique rester la même, et se borner à quelques cas très rares. A côté d'eux, les colons subissaient toutes ces influences et à un degré plus élevé que dans la métropole, parce que dans les colonies les excès sont encore plus fréquents, attendu que la vie y est plus libre, les exigences sociales moins rigoureuses et plus facilement inobservées. Calmeil est du même avis sur l'accroissement de la paralysie générale. « Ce n'est plus, dit-il, dans la proportion d'un » quinzisième, qui me paraissait déjà considérable autrefois, » mais bien dans la proportion d'un quart à un tiers que » les cas d'encéphalite chronique diffuse se comptent » parmi les hommes qui entrent chaque jour dans les » asiles d'aliénés de nos grandes villes. Il en est à peu » près de même, d'après les renseignements que j'ai pu » recueillir, dans la plupart des grands établissements » d'Angleterre. » Ainsi, d'après Calmeil, il y aurait environ sur 100 aliénés 30 cas de folie paralytique. Marcé est encore porté à élever le chiffre proportionnel, il le fixe à tout près de 50 pour 100.

Ajoutez à ces résultats la proportion considérable obtenue à ma maison de santé du Canet où presque tous les ma-

lades hommes sont paralytiques et l'on verra d'après tous ces chiffres, que la fréquence relative de la paralysie générale a notablement augmenté de notre temps, qu'elle est de beaucoup supérieure à ce qu'elle était il y a quelques années, et qu'elle est bien certainement en rapport avec l'influence du milieu social. Le Dr Colin a établi que la paralysie générale représente au moins les trois quarts des cas d'aliénation chez les officiers. On a vu que nous avons fait la même observation à l'asile d'aliénés de Marseille, qui reçoit un nombre assez élevé de militaires. Nous y avons constaté toujours que la folie paralytique était beaucoup plus rare chez les soldats et que souvent la presque totalité des officiers en traitement étaient atteints de péri-encéphalite. Nous avons également constaté que la folie paralytique était plus rare dans le Midi que dans le Nord, toutes choses égales d'ailleurs. Et je ne puis sur ce point partager l'avis du Dr Marcé appuyé par M. Voisin. « On a » dit, écrit le Dr Marcé, que les climats exerçaient une » action réelle sur le développement de la paralysie générale et qu'elle était rare dans le Midi. J'ai la conviction » que ces différences tiennent presque uniquement à des » erreurs de diagnostic. Beaucoup de médecins étrangers » et des plus instruits, méconnaissent la paralysie générale » là où nous n'hésitons pas à l'affirmer et ne consentent à » l'admettre que lorsque la maladie est franchement » entrée dans la seconde période. Il en résulte au point de » vue de la statistique des différences considérables dont » j'ai reconnu plus d'une fois la cause en visitant les » asiles étrangers. Là je pouvais sans peine reconnaître » des symptômes paralytiques chez des sujets considérés » simplement comme aliénés. »

Nous ne pouvons partager sur ce point l'opinion du Dr Marcé, malgré l'appui que lui donne le Dr Voisin. Quand M. Aubanel fut appelé, il y a plus de trente ans, à la direction médicale de l'asile d'aliénés de Marseille, on ne peut rai-

sonnablement soutenir qu'il ne savait pas reconnaître la paralysie générale, même à la période initiale. Or, nous avons établi, par les données d'une observation rigoureuse, que le nombre des cas de folie paralytique est allé sans cesse en augmentant dans cette période. Ce n'est donc pas à des erreurs de diagnostic, mais à des différences de milieu, qu'il faut attribuer la fréquence plus grande de la périencéphalite dans le Nord que dans le Midi. Je crois particulièrement que c'est par l'usage moins répandu des boissons alcooliques et par l'activité moins grande de la vie qu'il faut expliquer cette différence. Les peuples du Midi sont en général plus sobres que ceux du Nord. La sobriété de l'Espagnol, de l'Arabe, est passée en proverbe. En Italie, en Grèce, dans le midi de la France on ne consommait que du vin, il y a quelques années encore. Mais aujourd'hui, les relations plus faciles et plus fréquentes entre les divers peuples ont introduit dans ces pays, jusqu'alors à l'abri de cette funeste habitude, l'usage des boissons alcooliques et avec elle s'est produit l'accroissement de la folie paralytique. Si les médecins des contrées méridionales ont constaté la rareté de la paralysie générale, c'est qu'en effet le nombre des aliénés de cette catégorie était moins considérable qu'aujourd'hui. D'ailleurs, la vie des peuples du Midi est moins active que celle des peuples du Nord. L'existence des Espagnols, des Italiens, des Arabes, ne présente pas la même activité que celle des Français, des Anglais, des Allemands. Ainsi que nous l'avons établi, toutes les causes qui stimulent le cerveau, influent directement et activement sur le développement de la périencéphalite. Or, de nos jours, ces causes ont évidemment été plus puissantes dans le Nord que dans le Midi. Il n'est donc pas étonnant que la folie paralytique ait été observée plus fréquemment par les médecins du Nord que par les médecins du Midi, sans qu'il soit nécessaire d'accuser l'inexpérience de ces derniers. D'ailleurs cette explication est es-

sentiellement rationnelle et scientifique, puisqu'elle vient donner une confirmation nouvelle aux idées que tous les médecins ont aujourd'hui sur l'étiologie de la périencéphalite.

Cette suractivité cérébrale que nous considérons, quoi qu'en aient dit certains auteurs, très recommandables du reste, comme une des causes les plus puissantes de la folie paralytique, est propre à notre époque et en constitue le caractère spécial. Je me rappelle avoir connu encore, pour ne citer qu'un exemple, quelques négociants de notre ville, qui me racontaient que de leur temps le travail était bien moindre qu'aujourd'hui. Ils recevaient un navire des colonies et quand ils avaient procédé au débarquement et à la livraison de la marchandise, ils se reposaient des mois entiers et attendaient paisiblement à la campagne l'arrivée du prochain navire. Aujourd'hui, au contraire, le jour ne suffit plus à l'activité de nos hommes d'affaires. La nuit, au premier sommeil, ils sont réveillés en sursaut par un facteur qui apporte un télégramme. On se lève pour répondre; puis, l'esprit préoccupé par cette nouvelle empêche le sommeil de revenir. On comprend sans peine, combien, si ces causes d'excitation viennent à se renouveler souvent, le cerveau se fatigue et a de la tendance à se congestionner et finalement à s'altérer. C'est là ce que j'appellerai la fièvre sociale, d'abord nerveuse, essentielle, puis se transformant en fièvre liée à un état organique et entraînant à sa suite des altérations. Pour l'observateur attentif, les causes de suractivité cérébrale se constatent à chaque instant. Ainsi j'ai soigné dernièrement un paralytique dont la maladie avait pris naissance dans les conditions suivantes. C'était un individu ayant reçu seulement une instruction primaire, il obtint un emploi de comptable dans une grande maison de commerce. Il lui fallut faire de grands efforts pour être à la hauteur de sa tâche, pour ne pas commettre d'erreur et en un mot pour bien s'acquitter des diverses

opérations qui lui étaient confiées. Ce travail, qui était au-dessus de sa force intellectuelle, finit par ébranler le cerveau. Il commença par devenir triste, morose, indifférent. Puis la mémoire est devenue infidèle. Il oubliait d'inscrire sur ses livres bien des détails indispensables. Enfin il fallut lui enlever un travail qu'il était devenu incapable de faire d'une manière correcte. Je constatai alors un léger embarras de la langue et plus tard tous les symptômes de la paralysie générale.

A Marseille, comme dans toutes les grandes villes commerciales et industrielles, on voit se faire des fortunes rapides; des hommes jeunes encore, à force d'activité et en soutenant des luttes vives, arrivent dans quelques années à des situations considérables. Il n'est pas rare, et j'en ai observé de nombreux exemples, soit à l'asile des aliénés, soit dans ma clientèle, de voir ces hommes dont le succès a été si prompt, mais dont le travail a été continu et exagéré, qui ont vécu en quelque sorte dans un état d'excitation cérébrale permanent, être atteints de périencéphalite. On comprend sans peine, en effet, aujourd'hui où la concurrence est si grande, où toutes les carrières sont encombrées, combien il faut d'efforts persévérants, de contention d'esprit pour arriver aussi vite à un grand résultat. Et partant, il est facile de s'expliquer comment le cerveau succombe sous le poids d'un aussi lourd fardeau. Ce sont, en quelque sorte, les favorisés de la fortune qui fournissent le plus large contingent à la folie paralytique. Mais parmi ceux dont le travail n'a pas été couronné de succès, on observe aussi des cas nombreux. Que si vous voyez entrer dans un asile d'aliénés un paralytique sale, déguenillé, couvert de haillons, plaignez le pauvre diable parlant de ses millions, possédant des châteaux, se disant sénateur, ministre; car il n'a trouvé la fortune et la grandeur que dans la maladie. Son affection n'est que l'exagération de ses désirs, de ses rêves d'ambition. Son délire

n'est que la reproduction, avec agrandissement, de ses aspirations non satisfaites.

Comme pour l'abus des boissons alcooliques, la femme échappe encore à l'influence de cette deuxième cause, représentée par l'activité cérébrale. En effet, elle n'est qu'indirectement mêlée à la lutte sociale; elle vit surtout par le travail de l'homme, dans son intérieur, s'intéressant au succès de son mari, mais sans en ressentir les émotions. C'est un danger de moins pour elle, au point de vue des maladies cérébrales, que de ne pas participer directement à la lutte sociale.

Nous nous sommes étendu longuement sur l'influence de l'alcool et de la suractivité cérébrale, comme causes de la folie paralytique. Ainsi que nous l'avons déjà dit, nous les considérons comme les deux facteurs les plus puissants qui concourent à la production de la périencéphalite. Ces deux grandes causes qui, par leur fréquence, sont le triste privilège de notre époque et les conséquences de notre état social, agissent en somme dans le même sens et congestionnent également l'encéphale. Rien d'étonnant dès lors qu'elles finissent à la longue par amener ces altérations inflammatoires des membranes du cerveau qui sont, comme on le sait, le caractère pathognomonique de la paralysie générale. Il y a cependant diverses autres causes qui paraissent agir de la même manière, mais dont l'importance est, à notre avis, moins grande. Nous allons les passer en revue.

Il est évident que les abus de coït qu'on a signalés depuis longtemps comme une des causes de la périencéphalite, méritent de fixer l'attention des médecins. L'ébranlement nerveux qu'ils déterminent est certainement bien propre à congestionner le cerveau. *Amor epilepsia brevis*, a-t-on dit avec raison. Mais ici la nature a heureusement imposé des limites infranchissables à l'excès et arrête elle-même l'homme dans ses écarts, tandis qu'il n'en est pas de même

pour les boissons alcooliques et l'exagération de l'activité. On peut toujours boire un verre de plus après un moment de repos et continuer à travailler au bout d'un certain temps. Je crois plutôt que c'est à la précocité du coït à notre époque qu'il faut attribuer ces funestes résultats. Autrefois les jeunes gens arrivaient à l'âge de vingt ans sans avoir abusé ni même usé du coït. Sous l'influence de l'excitation générale dans laquelle nous vivons tous, à des degrés divers, on voit aujourd'hui des enfants encore jeunes se livrer sans réserve au coït. Cet ébranlement prématuré, au moment où toutes les forces de la vie sont nécessaires au développement de l'organisme, me semble très préjudiciable et doit exercer une influence pernicieuse sur ces jeunes cerveaux. Nous devons ajouter, pour ne rien oublier, que les excitations factices, les habitudes libidineuses si répandues malheureusement de nos jours, entrent pour une large part dans la production de ces funestes résultats.

Le Dr Lallemand signala un des premiers les inconvénients des abus du coït. Plus tard, le Dr Cavalier, de Montpellier, insista plus vivement encore sur son rôle dans la paralysie générale, et en fit une cause exclusive. Je ne saurais partager l'opinion de notre savant confrère. Bien au contraire, je ne suis pas éloigné de croire que les excès de coït produisent plutôt des maladies de la moelle. Mon observation personnelle m'a fourni plus d'une fois l'occasion de constater ce fait. Ainsi, un ancien directeur d'asile, qui n'avait pas fait d'excès de boissons, mais ayant abusé largement du coït, même à un âge avancé, et ayant eu recours à tous les moyens artificiels d'excitations, devint paraplégique et succomba au milieu de douleurs atroces, après avoir présenté tous les symptômes de la myélite. Rien ne parut du côté du cerveau. Il conserva son intelligence jusqu'à la fin et on ne put jamais découvrir aucun signe de périencéphalite. Un autre malade du même genre,

architecte très habile, a présenté les mêmes symptômes. Comme le premier, il n'avait fait que des excès de coït. Il était atteint d'ataxie locomotrice, et mourut sans avoir offert aucun signe de paralysie générale. Ses facultés intellectuelles restèrent saines jusqu'au bout. Un troisième malade, négociant très connu de notre ville, paraplégique depuis de nombreuses années, sous l'influence de la même cause, a également succombé sans avoir jamais présenté le plus léger symptôme de périencéphalite. J'ai quelque tendance à croire que, quand les excès de coït ne s'accompagnent pas d'abus de boissons alcooliques ou de travail, c'est plutôt la moelle que le cerveau qui se congestionne et s'altère, et qu'on a plus souvent occasion d'observer une myélite qu'une périencéphalite. Je me hâte d'ajouter cependant que je n'ai pas la prétention d'ériger cette opinion en règle absolue.

Relativement à l'abus du tabac, je ferai la même observation que pour les excès de coït. Bien que la consommation individuelle ait certainement augmenté dans une proportion énorme, j'incline à croire que l'usage du tabac, comme celui du coït, est d'autant plus funeste qu'il est prématuré. Ne voit-on pas, en effet, les enfants les plus jeunes, aussi bien dans les campagnes que dans les villes, contracter de très bonne heure la déplorable habitude de fumer? Et comme pour le coït, n'est-il pas naturel de penser qu'à cet âge où se fait le développement, le tabac ne peut que nuire énormément à la santé? Il est évident aussi que, comme le coït, le tabac est une cause de congestion.

Comme nous venons de le démontrer, ces deux dernières causes, l'abus du coït et du tabac, moins puissantes que les deux premières, les excès d'alcool et de travail, agissent encore de la même manière en congestionnant le cerveau. Faisons observer, à propos de ces deux causes, que la femme est en général peu exposée à leur action. L'usage du tabac, en effet, n'est pas connu de la femme,

et surtout son abus, dans notre civilisation européenne. Quant au coût, sa vie régulière la met en général à l'abri des excès qui usent l'homme et ébranlent son cerveau. Ce n'est que dans les conditions exceptionnelles qu'elle y est exposée, et encore il est permis de croire que bien souvent elle ne joue qu'un rôle passif dont l'effet est certainement moins redoutable. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que la femme échappe presque complètement à la paralysie générale dans les conditions anormales que lui fait notre organisation sociale, puisqu'elle n'est exposée dans ce cas à aucune des quatre causes principales qui en favorisent presque exclusivement le développement. Et ce fait prouve une fois de plus que ce sont bien, là en effet, les vraies causes de la folie paralytique puisque les femmes, qui en général n'y sont pas sujettes, sont presque épargnées par cette maladie.

Il est bien d'autres causes encore que l'on a considérées comme favorisant le développement de la folie paralytique; nous ne nous y arrêterons pas, car elles n'ont pas l'importance de celles que nous venons d'étudier et dont nous avons pu constater la fréquence croissante à notre époque. C'est là le point important que nous avons voulu mettre en lumière, en démontrant que les causes les plus actives dans la production de la paralysie générale, sont surtout celles qui se sont développées outre mesure de notre temps. C'est donc bien réellement à ces diverses causes dont le résultat final est le même, c'est-à-dire la congestion de l'encéphale, qu'il faut presque exclusivement attribuer l'accroissement de la folie paralytique. Et si, comme tout malheureusement tend à le faire supposer, ces mêmes causes persistent ou se développent encore, on peut se demander, non sans inquiétude, où s'arrêtera l'augmentation de cette terrible maladie; surtout si l'on songe que l'hérédité viendra aussi, par sa fatale influence, activer les progrès du mal.

D'ailleurs, il ne faut pas s'y tromper, la proportion obtenue à l'asile de Marseille ne représente pas d'une manière absolument exacte la progression de la folie paralytique. Car, par une singulière pratique de l'administration préfectorale, on n'y admet pas les paralytiques généraux calmes, dont la présence dans la société ne présente aucun inconvénient. Il faut nécessairement qu'ils soient agités ou dangereux pour que l'autorité administrative se décide à les accepter sur la demande de la famille. Sans m'étendre plus longtemps sur cette façon bizarre de procéder qui s'explique, j'en conviens, jusqu'à un certain point, par l'encombrement de l'asile, et qui a pour but d'empêcher l'accumulation de malades incurables, toujours était-il nécessaire de faire connaître cette situation spéciale qui évidemment diminue la proportion de paralytiques obtenue à l'asile de Marseille. Il faut encore noter que, dans un grand nombre de cas, ces malades restent chez eux soignés par les familles, sans qu'on sollicite jamais leur admission soit dans un asile public, soit dans une maison de santé. Pour ma part, je traite habituellement, dans ma clientèle de la ville, un nombre considérable d'aliénés paralytiques qui, avec certaines précautions, peuvent être gardés dans leur famille. Ces réflexions n'ont en définitive pour but, que de bien établir que la proportion de la folie paralytique est sensiblement plus élevée encore que ne l'indiquent les moyennes fournies par les statistiques.

Résumé.

L'accroissement de la folie paralytique depuis quelques années est considérable.

Dans le Midi surtout où elle était si rare qu'on en avait nié l'existence, la paralysie générale atteint aujourd'hui une proportion très élevée et presque égale à celle observée dans le Nord.

Les causes principales de cette augmentation sont les abus de boissons alcooliques qui se sont généralisés, et la suractivité cérébrale propre à notre époque; ces deux causes agissent de la même manière en congestionnant le cerveau.

Viennent ensuite les excès de coït et l'abus du tabac. Leur action, identique à celle des causes précédentes, ne joue, à notre avis, qu'un rôle très secondaire.

Ce qui prouve jusqu'à l'évidence que ce sont là les vraies causes de l'accroissement de la folie paralytique, c'est que les femmes qui y sont très peu exposées, par la nature même de l'existence calme et régulière que leur crée notre organisation sociale, sont très exceptionnellement atteintes de cette maladie, et que la proportion est restée sensiblement la même pour elles; que, dans les cas rares où on l'observe chez les femmes, on retrouve encore alors les mêmes causes qui la produisent chez les hommes.

Cette transformation si remarquable de la folie vésanique en folie paralytique, est la caractéristique pathologique de notre époque, au point de vue des maladies mentales, tout comme au moyen âge, les diverses formes de la folie religieuse, démonomanie, extase, etc...

Il est à craindre que, sous l'influence des mêmes causes qui ne tendent pas à diminuer, et par la transmission héréditaire, la proportion de la folie paralytique aille toujours en augmentant.

RECHERCHES

SUR

L'EMPLOI D'UNE MIXTURE EXHILARIANTE

Par le Dr A. ADAM

Interne à l'asile d'aliénés de Fains.

M. le docteur Luton, professeur à l'École de médecine de Reims, ayant prescrit, dans un cas d'arthrite subaiguë du genou, une potion avec teinture de seigle ergoté (5 gr.) et solution de phosphate de soude au dixième (45 gr.), a constaté que ce médicament produisait chez sa malade des accès d'explosion de rire aux grands éclats, accompagnés de pensées gaies. Frappé de ce résultat, il a répété l'expérience sur différents individus, et surtout sur des femmes, et a observé que les mêmes effets se produisaient d'une manière assez constante. De ces faits, le professeur de Reims présume que la mixture en question est appelée à rendre des services dans le traitement des affections mentales à forme dépressive, telles que la lypémanie et l'hypochondrie (*Union pharmaceutique*, avril 1881).

L'expérience était facile à faire dans un asile d'aliénés ; et, sur l'avis de notre chef de service, M. le docteur A. Giraud, nous avons soumis à la médication en question plusieurs malades. Cinq lypémaniques, dont deux se trouvent généralement dans un état de dépression voisin de la stupeur, et une hystéro-épileptique ont été soumis à l'expérience.

Nous rapportons ici les observations de ces malades.

OBSERVATION I.

La nommée P..., âgée de 22 ans, admise à l'asile de Fains le 25 février 1884, n'aurait pas d'antécédents héréditaires. La santé physique est bonne. Au mois de novembre 1880, se déclarèrent les premiers symptômes d'une affection mentale. Il n'y avait d'abord que de la dépression et de la bizarrerie dans les actes. Bientôt survinrent des idées délirantes, P... se croyait coupable de grandes fautes, pleurait souvent et refusait la nourriture.

Au moment de son entrée à l'asile, elle est très déprimée, regarde tout le monde d'un air effaré, ne répond à aucune question, refuse de manger, et doit être alimentée de force pendant une dizaine de jours.

Ensuite elle accepte plus volontiers la nourriture, mais ne montre aucune initiative. Pour qu'elle mange, il faut qu'on la conduise à table, et qu'on lui mette la cuiller à la main. Le mutisme persiste à peu près au même degré. Néanmoins, la malade s'occupe quelque peu, à condition qu'on lui mette l'ouvrage entre les mains et qu'on l'exhorte à travailler. Elle pleure souvent.

C'est dans cet état que se trouve P..., le 23 avril, quand nous lui administrons une potion avec teinture de seigle ergoté, 5 gr., et phosphate de soude 4,5 gr..

Le médicament est pris à six heures du matin. Il n'y a pas d'éclat de rire dans la matinée; mais, à dix heures, nous trouvons la malade plus éveillée que les jours précédents, elle a l'air moins effaré, et répond plus volontiers, quoique toujours avec beaucoup de lenteur. Elle se rend seule au réfectoire à l'heure des repas et mange avec appétit.

Le 24 avril, même prescription; même état relativement satisfaisant.

Le 25 avril, même prescription; même état.

Le 26, la médication est suspendue. La malade continue, comme les jours précédents, à montrer un peu plus d'entrain. Elle n'a pas pleuré depuis trois jours.

Le 27, la médication est reprise; l'état est le même que la veille.

Le 28, même prescription. A la visite, la malade paraît plus effarée. Elle a pleuré à deux reprises dans la matinée; elle continue néanmoins à s'occuper, et tout en paraissant plus inquiète

que les jours précédents, elle est encore moins déprimée qu'avant la médication.

Le 29, même prescription. Peu de changement dans l'état de la malade. Elle s'occupe, mais répond péniblement et se met à pleurer pour peu qu'on prolonge la conversation.

OBSERVATION II

La nommée O..., âgée de cinquante-huit ans, entre à l'asile de Fains le 25 juin 1873, atteinte de lypémanie anxieuse. Au moment de l'admission, elle paraît consternée, elle cherche sans cesse à sortir de l'asile, se lamente et mange difficilement. Depuis sept ans, cet état ne s'est guère modifié; notamment, depuis trois ans que nous connaissons la malade, nous l'avons toujours vue dans un grand état de dépression. Elle se tient immobile dans un coin, se lamente, répète sans cesse ces mots: « Conduisez-moi. »; elle paraît très anxieuse, ne sait où aller. Aux heures des repas, elle attend qu'on la conduise à table, et l'on est réduit à lui donner à manger comme à un petit enfant.

Le 28 avril, elle prend une potion avec teinture de seigle ergoté, 6 gr.; phosphate de soude, 4,8 gr.

Vers midi, on remarque que la malade parle un peu plus volontiers, elle ne mange toujours pas seule.

Le 29 avril, même prescription.

La malade paraît un peu plus éveillée, mais elle se lamente toujours. Vers deux heures de l'après-midi, sur notre sollicitation, elle se promène un peu seule au jardin, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps. Le soir, elle est retombée dans son état habituel de dépression. On est toujours obligé de lui donner à manger.

OBSERVATION III

La nommée G..., âgée de soixante ans, est entrée en septembre 1877 pour la deuxième fois à l'asile de Fains. C'est une lypémanie chronique qui, autrefois, avait des périodes d'agitation violente, avec délire religieux. Depuis quelques années, il n'y a plus d'exaltation maniaque, mais seulement des idées de persécution et de l'affaiblissement intellectuel. La malade est calme et s'occupe assez régulièrement. D'un caractère très impressionnable, elle nous paraissait dans de bonnes conditions pour subir l'influence d'un agent exhalant.

Le 4^{or} mai, nous lui administrons la mixture du Dr Luton, à la dose de teinture de seigle ergoté, 5 gr.; phosphate de soude 1,5 gr.

La potion est prise à neuf heures du matin. La malade accuse vers onze heures une sensation de bien-être; et dans l'après-midi, elle affirme qu'ayant voulu réciter son chapelet, elle a été constamment troublée par des distractions; les grains de son chapelet lui semblaient être des fraises; et cette illusion la faisait sourire. Il n'y a pas eu de rire aux éclats.

Le 2 mai, même prescription. La malade accuse encore une sensation de bien-être, mais pas de troubles visuels analogues à ceux de la veille.

OBSERVATION IV

La nommée D..., âgée de quarante ans, a été admise à l'asile de Ville-Evrard au commencement de l'année 1879, et transférée à l'asile de Fains le 21 octobre de la même année. Pas de renseignements sur les antécédents. A son arrivée, la malade est fort déprimée, manifeste des idées de persécutions et paraît être sujette à des hallucinations. Elle prétend que toutes les nuits on la torture. Elle répond difficilement aux questions qu'on lui pose, et demande sans cesse qu'on la conduise à la machine pour lui couper la tête.

Durant la saison chaude de 1880, cette malade a suivi un traitement hydrothérapique sous l'influence duquel cet état de stupeur s'est un peu dissipé.

Actuellement, la malade s'occupe régulièrement à la couture. Néanmoins, elle est toujours déprimée, très peu communicative, et demande souvent encore qu'on lui coupe la tête.

Le 23 avril, elle prend la mixture faite avec teinture de seigle ergoté 5 gr.; phosphate de soude 1,5 gr.

R en n'a été changé durant la journée dans la manière d'être de la malade; et le lendemain, elle a refusé de continuer la médication.

OBSERVATION V

Le nommé Sch..., âgé de 40 ans, a été traité, il y a une dizaine d'années, à Stéphanfeld, pour un accès de lypémanie. Il est sorti amélioré de l'asile après quelques mois de traitement, et la guérison s'est achevée dans sa famille.

Depuis cette époque, il n'aurait plus eu de troubles intellectuels, et exerçait les fonctions de garde forestier. Au mois d'avril

1880, le malade redevient triste et déprimé; il est obsédé d'idées de suicide, et demande lui-même à entrer à l'asile de Fains.

Admis le 14 juin 1880, il est dans un état de dépression profonde; par moments, il raisonne assez bien, analyse lui-même son état et pleure en disant qu'il n'a pas l'énergie nécessaire pour résister à ses idées tristes. A d'autres moments, il est exaspéré, parle de crimes qu'il aurait commis, et dit qu'il est perdu, damné. Il se plaint également de constipation opiniâtre et d'insomnie.

Cet état varie peu depuis un an. Actuellement, le malade s'occupe aux écritures. Il est toujours triste et prétend qu'il ne guérira jamais; parfois il éclate en sanglots. Il prend journellement du chloral et si quelquefois il essaie de se passer de ce médicament, il ne dort pas de la nuit.

Le 29 avril, nous lui administrions la mixture exhalante du Dr Lutoy, en forçant un peu la dose : teinture d'ergot de seigle, 6 gr.; phosphate de soude, 4,8 gr.

Nous avons toute la journée observé le malade au bureau où il travaillait, son état ne différait en rien de celui des jours précédents.

Le 30 avril, même prescription. Comme la veille, aucun effet appréciable ne s'est manifesté.

OBSERVATION VI

La nommée M..., âgée de 35 ans, entre à la Salpêtrière en 1873. Le 8 avril 1874, elle est transférée à l'asile de Fains. Pas de renseignements sur les antécédents. La malade reconnaît être épileptique depuis l'âge de 18 ans.

Depuis son séjour à l'asile, M...a des attaques d'hystéro-épilepsie qui se présentent à des intervalles variant entre un et quatre ou cinq mois. Ces crises sont généralement annoncées par des signes prodromiques, tels que troubles digestifs, douleurs gastalgiques, spasme de la gorge, oppression, toux, palpitations de cœur, céphalalgie, susceptibilité excessive, agitation.

Les attaques présentent quelquefois une intensité telle, que que la malade se projetterait en dehors de son lit, si elle n'était retenue.

La période d'attaque a une durée variable entre plusieurs heures et plusieurs jours, avec des rémissions dans les accidents convulsifs.

En dehors de ces moments de crise, la malade présente un caractère très changeant. Polie et obséquieuse à l'excès, elle entre en colère pour le motif le plus futile, devient violente et grossière, puis un instant après se confond en excuses.

C'est à cause de son caractère impressionnable que nous l'avons prise comme sujet d'expérience.

Le 28 avril, nous lui administrons une potion avec teinture de seigle ergoté, 5 gr., et phosphate de soude, 1,5 gr.

De dix heures du matin à deux heures de l'après-midi, la malade paraît gaie et souriante, mais rien dans sa conversation ne trahit les idées qui motivent son hilarité.

Il n'y a pas d'éclats de rire. A quatre heures du soir, sous prétexte qu'on lui a changé sa cruche de tisane pectorale, elle entre dans une violente colère qui se traduit en injures contre le personnel du service. L'orage, comme toujours, ne dure que quelques instants. A la visite du soir, la malade nous dit avoir éprouvé, après avoir pris sa potion, une grande sensation de bien-être. Elle désire qu'on maintienne la prescription.

Le 29, même prescription. M... accuse la même sensation de bien-être que la veille. Il n'y a pas d'éclats de rire, et rien dans la manière d'être de la malade ne dénote une tournure particulièrement gaie de l'esprit.

En résumé, nous avons vu l'état de dépression se modifier avantageusement sous l'influence de la médication chez une de nos malades (obs. I). Cet heureux effet, il est vrai, a été fort passager, et n'a même pas duré autant que la médication. Chez trois autres malades (obs. II-III-VI), il y a eu soit une sensation de bien-être général, soit une légère exaltation, et dans un cas des illusions visuelles de nature agréable. Dans deux cas enfin, aucun effet appréciable n'a été observé.

Ces résultats, comme on voit, sont assez modestes, et ne répondent pas aux espérances que M. le Dr Luton avait fondées sur la mixture.

Frappé de cette discordance, nous nous sommes efforcé d'en rechercher la cause. Nous ne pouvions l'attribuer à la mauvaise qualité de nos produits pharmaceutiques, car ceux-ci ont été examinés par M. le Dr Oberlin, professeur

à l'école de pharmacie de Nancy, qui, à cette époque, se trouvait à l'asile de Fains, et a bien voulu diriger lui-même la préparation de la teinture qui a servi à l'expérience.

Nous nous sommes alors demandé si les aliénés, et surtout les lypémaniques, ne se trouvaient pas dans des conditions spécialement défavorables à l'action exhalariante d'une substance médicamenteuse; et comme contre-épreuve de notre expérience, nous avons administré la mixture exhalariante, à des doses variées, à plusieurs individus sains d'esprit qui ont bien voulu se prêter à la circonstance. Nous avons pris nous-même une potion dans laquelle entrait : teinture de seigle ergoté, 9 gr. ; phosphate de soude, 2,7 gr. Voici les résultats de cette seconde partie de notre expérience :

Trois quarts d'heure après l'ingestion de la mixture, à 7 h. $3/4$ du matin; nous avons éprouvé un certain degré d'excitation comparable à l'effet que produit un vin généreux pris en quantité modérée. Cet état a duré jusqu'à 10 h. du matin; nous n'avons pas remarqué que, pendant ce temps, le cours de nos idées ait été modifié dans le sens d'une gaieté inaccoutumée.

Ce qui nous a le plus frappé, ce sont les modifications survenues dans la fréquence du pouls, et dont le tableau suivant peut rendre compte.

Avant l'ingestion de la mixture, à 6 h. du matin P.	68
A 7 h. $1/2$. ($1/2$ h. après l'ingestion).	64
A 8 h. $1/2$	60
A 9 h. $1/4$	56
A 10 h.	52
A 11 h. (avant le déjeuner)	64
Au midi $1/2$ (après le déjeuner)	72

De plus, entre 9 h. et 10 h., nous avons éprouvé dans les mains des sensations anormales que nous n'osons pas qualifier de fourmillements, et qui nous ont rappelé l'impression

que produiraient sur la main des mouvements lents de reptation.

M. H... a pris, à 9 h. du matin, une potion avec teinture de seigle ergoté, 9 gr., phosphate de soude, 2,7 gr.; à 10 heures, il a commencé à éprouver du malaise, des nausées, et une espèce d'étourdissement. Cet état est bientôt devenu assez incommodant pour lui faire suspendre son travail. De 10 h. à midi, survinrent des vomissements à trois reprises différentes. Le pouls est tombé de 68 à 56.

A midi, M. H... accuse des fourmillements dans les mains et les jambes. Le malaise disparaît. Le pouls a repris sa fréquence normale.

A une heure, les fourmillements ont cessé. L'état normal s'est rétabli.

M. M... prend, à 8 heures du matin, une potion avec teinture d'ergot de seigle, 8 gr., phosphate de soude 24 gr. Le médicament ne provoque chez lui absolument aucune sensation subjective. Le seul phénomène observé est un ralentissement du pouls.

Une infirmière et un infirmier se sont également prêtés à l'expérience. La première a pris les doses de 5 gr. de teinture d'ergot de seigle et 15 gr. de phosphate de soude; le second, des doses respectives de 6 gr. de teinture et 18 gr. de phosphate.

L'infirmier a éprouvé, deux heures après avoir pris sa potion, une espèce d'ébriété s'accompagnant de maux de tête et d'inappétence. Il n'a pu manger de la journée, et dit avoir éprouvé des fourmillements dans les membres supérieurs.

Avant d'arriver aux conclusions qu'on peut tirer de nos expériences, il serait peut-être intéressant de soulever quelques questions d'un ordre purement physiologique, à savoir quelle est la part qu'il faut attribuer à l'ergot de seigle et au phosphate de soude dans les effets produits, et quel est le mécanisme intime du mode de production de ces effets.

Enfin, une question pratique à résoudre est celle de dé-

finir dans quelle mesure la médication en question est susceptible d'être utilisée dans le traitement des affections mentales.

Les éléments nous manquent pour résoudre d'une manière absolue la première question. Il est à présumer néanmoins que la teinture de seigle ergoté est la partie la plus active du médicament. En effet, le fait que l'ergot de seigle provoque une espèce d'ivresse s'accompagnant de gaieté, paraît connu depuis longtemps. Voici ce qu'on lit à ce sujet dans le *Traité de thérapeutique et de matière médicale* de Trousseau et Pidoux, t. II, p. 16 : « Le symptôme le plus commun qui se manifeste chez ceux qui mangent du pain de seigle ergoté, c'est un enivrement auquel se complaisent ceux qui l'éprouvent. Cet enivrement, tout à fait semblable à celui que procurent les boissons alcooliques, s'accompagne de gaieté, et n'est suivi d'aucun des symptômes de dégoût et de malaise qui surviennent après l'ingestion d'une grande quantité de liqueurs fermentées. »

Quant au mécanisme intime de la production de ces phénomènes, nous sommes tenté d'en chercher la clef, soit dans une modification imprimée à la circulation, soit dans une action directe de la substance sur les éléments nerveux.

Néanmoins, nous inclinons vers la première hypothèse, car l'action de l'ergot de seigle sur la circulation est bien établie, et à ce sujet nous nous contenterons de rappeler quelques conclusions d'un travail de M. Holmes, publié dans les *Archives de physiologie* (1870, t. III, p. 384 et suiv.) :

1° L'ergot de seigle et sa principale préparation, l'extrait aqueux, font contracter les petits vaisseaux à tunique musculaire.

2° La contraction des petites artères fait augmenter la pression artérielle dans les gros troncs.

Cette action paraît se manifester même après la section des nerfs vaso-moteurs.

Quant à savoir quels avantages on peut tirer de la médi-

cation qui nous occupe pour le traitement des maladies mentales, nous croyons qu'il faut être très réservé à ce sujet. La comparaison de MM. Trousseau et Pidoux entre l'ivresse alcoolique et l'enivrement ergotique nous revient ici à la mémoire. Presque tous les hommes sont gais et expansifs dans le premier degré de l'ivresse alcoolique ; et quand l'ébriété est passée, l'humeur habituelle de l'individu revient. Tout porte à croire qu'il en doit être de même après la disparition de l'enivrement ergotique ; de sorte qu'il n'y a guère lieu d'espérer que cet état, provoqué souvent, puisse modifier les idées dans le sens d'une gaieté normale et persistante.

N'est-il pas à craindre, au contraire, qu'un traitement consistant dans l'ingestion fréquente de quantités d'ergot de seigle isolément inoffensives, n'amène une intoxication chronique de l'économie ?

En conséquence, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1^o La mixture de teinture d'ergot de seigle et de phosphate de soude peut dans certains cas d'aliénation mentale modifier avantageusement l'état de dépression des malades. Cet effet est de peu de durée et s'obtient d'une manière très inconstante.

2^o Le phénomène de rire aux grands éclats avec idées gaies n'a jamais été obtenu avec les doses que nous avons employées, aussi bien chez les aliénés que chez les individus sains d'esprit.

3^o Les doses de 9 gr. de teinture de seigle ergoté et 2,7 gr. de phosphate de soude, pouvant provoquer du malaise et des vomissements, ne doivent pas être atteintes.

4^o Il est à présumer que la médication longtemps continuée présenterait des inconvénients sérieux.

Archives cliniques

54

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. A. VOISIN.

Hystérie avec hallucinations psychiques. — Influence singulière et durable produite par la vue d'un inconnu.

(Observation recueillie par M. Valude, interne des hôpitaux)

M^{lle} S... (Louise), gantière, âgée de trente-quatre ans, entre le 3 février 1884 à la section Rambuteau de l'hospice de la Salpêtrière.

Tout d'abord, la malade nous frappe par l'expression de tristesse qui trahit la forme lypémanique de son état mental.

L'examen physique ne montre aucune irrégularité dans les traits; les pupilles sont égales, le front moyen et bien découvert. La malade rapporte qu'elle sentait depuis longtemps de fréquentes contractions à la gorge.

Bien réglée avant le début de ses accidents, la malade est actuellement dysménorrhéique; elle n'a pas d'ovaire, mais l'exploration de la sensibilité générale montre une diminution surtout prononcée à droite.

Avant d'interroger la malade au sujet de ses hallucinations, nous recueillons de sa mère les renseignements suivants :

Son mari, père de la malade, a été placé à Bicêtre deux fois et s'est tué en se jetant par la fenêtre. Quant à elle, elle a toujours été bien portante. De son mariage elle a eu quatre enfants, dont deux sont morts en bas âge pendant une épidémie, un troisième, jeune garçon, est idiot et le

dernier enfant est cette fille qui fait le sujet de notre observation.

D'un caractère facile, réservé, Louise S..., bien portante jusque-là, a eu son premier accès d'hystérie avec étouffements, perte à peu près complète de connaissance il y a cinq ans, après une visite faite dans les bureaux de l'administration de l'Opéra pour obtenir des places de spectacle.

Cet incident tenant une place capitale dans l'observation, mérite d'être rapporté dans tous ses détails :

Ayant une réclamation à faire dans les bureaux de l'Opéra, Louise S... dut s'adresser à un nommé Louis, huissier de l'antichambre du directeur, qui lui donna les renseignements dont elle avait besoin.

C'est de cette entrevue, qui ne dura que quelques instants que datent tous les phénomènes psychiques et tous les troubles qui amènent la malade devant nous.

Depuis cette rencontre, en effet, l'influence de cet homme n'a cessé de peser à toute heure sur tous les actes de sa vie.

« C'est un homme puissant, disait-elle, qui commande à toutes choses et à qui tout le monde obéit. Il m'a commandé d'attendre quatre ans, après quoi il me fera entrer à l'Opéra où je surpasserai Nilson. »

Puis, nous rapporte sa mère, son caractère changea, elle devint irritable, se plaisant à contredire ses parents sur toutes choses et avec des expressions inconvenantes et irrespectueuses.

En même temps, elle eut quelques crises de nerfs sans perte absolue de connaissance, des alternatives de gaieté et de tristesse. Ses règles devinrent irrégulières et cessèrent même tout à fait.

L'inquiétude de sa mère fut surtout éveillée par une incohérence dans les actes et les paroles, incohérence qui était due à des hallucinations de la vue, de l'ouïe et surtout de l'odorat. Elle prétendait voir passer par la fenêtre l'âme de son cousin mort quelques jours avant, elle croyait en-

tendre la voix de Louis lui parler, et surtout elle se disait incessamment poursuivie par des odeurs affreuses qu'elle sentait même à table et au milieu d'un salon.

Si maintenant nous interrogeons la malade au sujet de ses hallucinations, elle nous affirme sans hésiter qu'elle entend dans sa tête et sa poitrine la voix de Louis, avec lequel elle s'entretient toute la journée, qui lui dicte tous les actes de sa vie et la dirige dans sa conduite.

Elle dépeint le nommé Louis comme un homme inspiré, qui l'aurait magnétisée et qui, depuis ce temps, la tiendrait en sa puissance, la conduisant d'une façon occulte au but qu'il lui avait destiné, c'est-à-dire « à la gloire et à la fortune sur une scène de théâtre. »

Nous avons voulu nous rendre compte de l'effet si impressionnant du nommé Louis, et nous n'avons trouvé dans l'antichambre du directeur de l'Opéra qu'un homme à figure réjouie, portant d'une façon tout ordinaire le costume correct des gens de sa profession, absolument ignorant de la perturbation psychique qu'il avait pu causer chez la nommée S., et tout à fait incapable de chercher à magnétiser les personnes qu'il a pour mission de renseigner.

Après quelque temps de séjour dans le service, Louise S. se dit moins influencée par les obsessions de Louis ; mais elle ne reconnaît pas son erreur, elle parle par moments de cet entretien dans les bureaux de l'Opéra, et reconnaît à cet homme de l'influence sur sa conduite quotidienne.

Les hallucinations de la vue et de l'odorat persistent, elle se plaint à nous de sentir les mauvaises odeurs que ses compagnes lui font respirer en s'approchant la nuit de son lit.

Juin 1884. L'obsession dominante du nommé Louis ne disparaît pas ; c'est ainsi que la semaine dernière, sous l'influence d'une de ses époques menstruelles, sans écoulement sanguin d'ailleurs, elle a été poussée, ainsi qu'elle le dit elle-même, par une force invincible, à écrire deux lettres

dans lesquelles le désordre intellectuel se manifeste à un haut degré.

Nous en extrayons le passage suivant : « M. Louis B... » se plaignait que les hommes dédaignaient les femmes » rouges, et il m'a promis des faits matériels après des choses idéales, ne devant être mon mari que de loin, le jour » où je trouverai quelqu'un qui me plairait; il avait offert » la préfecture, j'ai accepté. »

Ces hallucinations et ces idées délirantes se sont manifestées au milieu d'une période d'excitation nerveuse pendant laquelle la malade pleurait et riait tour à tour, mais nous n'avons pas constaté d'attaque d'hystérie.

Dans d'autres moments elle paraît calme, raisonne froidement sur tous les points et reconnaît l'inconséquence de ses hallucinations et de ses lettres.

Nous avons rapporté, peut-être un peu longuement, cette curieuse observation pour bien montrer cette forme particulière d'hystérie qui, latente pendant un grand nombre d'années, éclate brusquement à 29 ans, à l'occasion d'un entretien insignifiant avec une personne dont les allures et le langage sont peu faits pour produire une semblable impression.

Ce fait nous paraît rentrer absolument dans la catégorie des manifestations hystériques dues aux influences du regard.

Il est, de plus, intéressant d'étudier cette façon d'être spéciale de l'hystérie, qui, chez une fille d'aliéné, se révèle non pas par des accès convulsifs ou des troubles de la sensibilité, mais par des hallucinations psychiques qui tiennent dans le cas actuel le premier rang dans les manifestations de la névrose.

55

MAISON DE CHARENTON. — M. A. FOVILLE.

Idées de grandeurs généralisées. — Altération accidentelle de la motilité. — Persistance des mêmes accidents depuis dix-sept ans. — Présomption de folie paralytique.

M. C..., actuellement âgé de cinquante-deux ans, est depuis plus de trois ans pensionnaire de l'asile de...; il y est entré venant d'une maison privée, où il avait passé dix-huit mois, et antérieurement il avait été placé, pendant quelques jours, dans un hôpital d'une ville de province, à la suite d'accidents tout à fait aigus. Tant dans cette ville que dans la maison de santé où il a été d'abord traité, il a été vu par un grand nombre de médecins des plus distingués, spécialistes et autres, qui ont délivré des certificats et des consultations, à l'aide desquels on peut reconstruire l'histoire de sa vie, jusqu'à une époque assez reculée. Nous allons la résumer aussi succinctement que possible.

Toute sa vie M. C... a montré une versatilité excessive, et des alternatives d'activité extrême avec confiance exagérée dans ses capacités et ses ressources, et de dépression malade, avec crainte et sans motifs, défiance de lui-même et des autres, idées d'empoisonnement et de persécutions. Elevé dans et pour le commerce, il a changé plus de vingt-cinq fois de carrière, de genre d'entreprise, de lieu de résidence; une ou plusieurs fois, dans ces vicissitudes incessantes, il a rencontré la fortune, mais sans jamais savoir la retenir.

En 1848, il commit des actes extraordinaires qui ne peuvent s'interpréter que par un accès de folie de courte durée. Depuis cette époque, il manifeste une plus grande

inconstance que jamais dans ses entreprises, et surtout, une tendance persistante à traiter en théorie et à aborder en pratique les plus hautes questions d'économie politique et de crédit international. Il prétendait être chargé de mettre à exécution les grandes conceptions commerciales de l'Empereur, et se croyait particulièrement soutenu dans cette mission par l'appui moral et matériel de M. Mocquard; ce qui n'empêche pas qu'à d'autres moments, il n'accuse ce personnage d'être son principal ennemi, et d'avoir voulu l'empoisonner.

Dix ou douze ans se passent dans ces alternatives d'agitation fiévreuse et d'abattement profond, qui constituent sinon un état positivement maladif, du moins une période d'imminence morbide, servant de prélude à la maladie qui va éclater.

A la fin de 1860, M. C... se rend en Angleterre, sans ressources, et y annonce avec enthousiasme le projet de fonder une vaste entreprise de crédit, destinée à faire porter tous ses fruits au traité de commerce anglo-français récemment conclu. Les deux nations doivent recueillir les plus grands avantages de sa conception; les financiers les plus opulents sont ses commanditaires. Mais, en fait, il ne précise aucune de ses opérations projetées, aucun de ses moyens d'exécution. Trois ans se passent dans des démarches analogues, tant en France qu'en Angleterre; C... parle en termes pompeux de ce qu'il va faire; il promet aux siens, honneurs et richesses; il réclame de l'argent comme mise de fonds, mais il ne fait rien et ne donne aucun renseignement détaillé sur ce qu'il voudrait faire. En juillet 1863, il part de nouveau pour Londres, n'ayant que cent francs, mais riche de patronages et d'adhésions chimériques. Dès son arrivée, il donne des signes évidents de délire; il passe la nuit à parcourir la maison où il demeure, se croit poursuivi, et entouré par des ennemis invisibles; accuse son hôtesse de l'avoir empoisonné. Il revient préci-

pitamment au Havre et y manifeste les mêmes symptômes. Un médecin constate le 4 août « qu'il présente tous les caractères de la monomanie ambitieuse la plus développée ; il se croit entouré d'ennemis, d'espions, de trahisons ; on cherche partout à l'inquiéter, à lui nuire, on a été même jusqu'à lui donner du poison. » Pour démontrer la réalité de ce dernier fait, il voudrait faire analyser ses urines, et même jusqu'à ses chaussures. L'exaltation à laquelle il est en proie est si intense, que pour l'empêcher d'attenter à ses jours, ou à ceux d'autrui, on est obligé de le faire soigner et garder à l'hôpital. Au bout de quelques jours, il se calme, vient subir un traitement hydrothérapique à Bellevue, et paraît se rétablir. Mais à quelques mois de là, un nouvel accès éclate, il éprouve les mêmes accidents : hallucinations, illusions, idées de persécution et d'empoisonnement ; pour se défendre, il se livre à des menaces et à des actes de violence. Il accuse la maîtresse avec laquelle il vit, quoique marié, de lui avoir introduit de l'huile de croton dans la gorge, il s'arme d'une épée pour la tuer. A la suite de cet accès de délire général, il est conduit dans une maison de santé privée, et son interdiction est demandée ; les médecins appelés à le voir constatent la persistance de ses idées ambitieuses et leur mélange aux préoccupations hypochondriaques les plus futiles ; pendant toute la durée du procès, M. G... écrit à l'adresse de l'Empereur et de l'Impératrice des lettres dans lesquelles il entretient leurs majestés des questions qui le préoccupent, son procès, les affaires politiques et financières, comme s'il était avec elles sur le pied de rapports amicaux et familiers sans aucune cérémonie.

Enfin l'interdiction est prononcée, et quelques mois après (3 août 1865), M. G... entre à l'asile de...

Depuis cette époque, M. G... a peu changé, et a constamment présenté un mélange d'inquiétudes hypochondriaques et de délire ambitieux qui rendent son état diffi-

cile à préciser. Nous extrayons les notes suivantes du registre de l'établissement.

Août 1866. — Continue à être calme et lucide, mais se préoccupe outre mesure de tous les accidents de sa santé, même les plus légers ; il a une grande tendance à s'exalter, conserve une haute opinion de lui, de ses capacités, de tout ce qui le concerne ; quand il parle un peu longtemps, il s'anime et sa voix devient chevrotante ; est-ce lésion musculaire ou émotion ? Son état pourrait être une rémission de paralysie générale, mais il peut y avoir du doute.

Janvier 1867. — Nouvelle période d'excitation ; écrit journallement des lettres à l'Empereur, exalte beaucoup sa personnalité. Parole très tremblante dès qu'il parle un peu longtemps. Probabilités en faveur de la paralysie générale.

Janvier 1868. — Mélange de préoccupations hypochondriaques et de prétentions ambitieuses ; il se plaint de la moindre sensation insolite et réclame sans cesse des médicaments. D'autre part, il exalte tous les jours ses talents, ses aptitudes commerciales ; il traite les plus hautes questions de finances et d'économie sociale, il prétend être sous la protection directe de l'Empereur et lui écrit à chaque instant, pour lui donner des conseils ; il assure que s'il était libre il ne manquerait pas de gagner de suite des sommes énormes. Dès qu'il s'anime, sa parole est saccadée, ses lèvres sont animées de secousses, tout son corps tremble, sa face devient très rouge. En résumé, sa situation n'a pas varié depuis un an ; le diagnostic est toujours douteux ; si l'on admet la paralysie générale, il faut au moins reconnaître que l'affection n'a pas son aspect ordinaire.

Aujourd'hui même (janvier 1869), la situation de M. G... reste la même ; depuis longtemps il n'a plus d'hallucinations, mais il est toujours disposé à interpréter, comme d'une importance majeure, les moindres circonstances re-

latives à sa santé physique. Au moral il est plus que jamais l'homme supérieur que nous savons ; les finances sont son principal sujet de méditation ; mais rien ne lui est étranger ; quelle que soit la question dont on parle devant lui, il se trouve qu'il la possède à fond, et que son opinion va faire taire toutes les dissidences ; quel que soit le personnage dont on prononce le nom, il l'a connu très intimement, a fait des affaires avec lui, est en état de donner des renseignements circonstanciés sur sa personne, sa famille, ses alliances, ses relations ; quand on arrive aux questions de fortune et d'affaires, il ne compte guère que par millions. Tous les jours, sur les faits les plus insignifiants, il écrit à l'Empereur de longues lettres, où il le traite tout à fait sans façon ; il remet ses lettres à un surveillant, et ne doute pas qu'elles ne parviennent exactement à leur destinataire. Jamais il ne paraît s'étonner de ne pas recevoir de réponse. Sa mémoire est restée fidèle, et au milieu des appréciations le plus souvent erronées qu'il porte sur tout ce qui l'entoure, ou arrive à sa connaissance, on ne saurait méconnaître que son intelligence a conservé une assez grande lucidité.

Sa motilité est loin d'être intacte, sans cependant présenter le genre d'altération que l'on observe dans la démence paralytique confirmée. Il marche beaucoup, mais il fait quelquefois des faux pas en tournant sur lui-même ; il écrit d'une manière ferme et élégante, sans aucune omission de mot ni faute d'orthographe. Quand il prononce quelques mots seulement, sur des sujets insignifiants, sa parole est nettement articulée ; mais lorsqu'il entame l'éternel sujet de son exaltation personnelle, et surtout lorsqu'il prolonge le développement de ses supériorités, la parole devient chevrotante, puis de plus en plus embarrassée, et il est obligé de faire de longues poses avant de continuer ; dans ces cas, toute sa physionomie est un tressaillement ; ses joues, ses lèvres, les ailes du nez, sont animées de mou-

vements fibrillaires très visibles, et ses mains elles-mêmes, tremblent d'une manière continue.

Remarques. — Ce n'est pas d'aujourd'hui que le diagnostic de l'affection de M. C... a paru difficile ; plusieurs spécialistes des plus autorisés, consultés vers l'époque de son interdiction, ont hésité à se prononcer à cet égard, et si le mot de paralysie générale a été mis en avant, ce n'a été que comme prévision d'une éventualité future, plus ou moins éloignée. Quatre ans se sont passés depuis, et la situation continue de prêter aux mêmes incertitudes.

Cependant nous ferons remarquer qu'à l'exception des accidents aigus, observés tout à fait au début, on ne trouve ni hallucinations ni idées de persécution ; les idées de grandeurs, bien que portant souvent sur les mêmes sujets, n'ont rien de systématisé, et n'aboutissent à aucune modification de la personnalité. Au contraire elles sont toujours disposées à s'étendre et, quel que soit le terrain sur lequel on les amène, elles trouvent moyen de s'y développer à l'aise. Enfin, il nous paraît difficile de ne pas attacher une importance réelle aux altérations de la motilité, qui ne manquent jamais de se produire quand on laisse M. C... parler un peu longuement.

Nous ne sommes donc nullement disposés à admettre que M. C... soit atteint de mégalomanie. Nous n'osons cependant pas prononcer un diagnostic formel de paralysie générale ; mais nous considérons cette seconde hypothèse comme très probable, en ajoutant que chez M. C..., cette affection conserve, pendant une durée inusitée, la physiologie insidieuse qu'elle présente parfois à son début.

1884. — Nous avons eu occasion de revoir M. C... douze ans après que l'observation précédente a été rédigée, et près de dix-sept ans après sa première entrée en maison de santé. Sauf les progrès de l'âge, son état n'a subi que très peu de changements. Il est toujours assez lucide et en état de parler, sans délirer, de choses insignifiantes. Il con-

tinue à rouler dans sa tête les questions les plus élevées de l'économie sociale et financière ; il parle de faire de grandes choses, mais il attache toujours la plus grande importance aux moindres particularités de sa santé physique. Quand il parle avec un peu d'animation, sa figure s'injecte, sa parole s'embarrasse, tous les muscles de sa face tressaillent. Il se vante d'inspirer et de connaître les plus hauts personnages de la République.

Le diagnostic de paralysie générale est loin d'être confirmé, et il paraît difficile d'en poser un autre.

36

ASILE DE DIJON. — M. LANGLOIS

Cas curieux de dédoublement de la personnalité

(Observation recueillie en 1876)

Le nommé G... est entré à l'asile à l'âge de vingt-neuf ans; il en a aujourd'hui soixante.

C'est un imbécile, très loquace, gâteux et ayant une attitude simienne. Le crâne est mal conformé et asymétrique; le côté gauche est beaucoup plus développé, l'oreille présente les traces d'un ancien hématome du pavillon, la bouche est fortement déviée et indique une paralysie faciale droite.

Il n'y a aucune hésitation dans la parole, ni inégalité des pupilles, ni paralysie des membres.

La sensibilité cutanée n'est pas émoussée et ce malade a eu, il y a environ deux mois, une seule attaque épileptiforme qui ne s'est plus renouvelée. Malgré sa loquacité, il répète constamment quelques phrases stéréotypées, en dehors desquelles il est impossible de lui arracher une réponse. Il parle toujours de lui à la troisième personne et

presque tous les matins il nous reçoit en nous disant : G... est malade, il faut le faire descendre à l'infirmerie.

Souvent il se met à genoux, s'applique de vigoureux soufflets, puis rit aux éclats, se frotte joyeusement les mains et s'écrie : G... a été méchant, il a été mis en pénitence.

Souvent encore il saisit son sabot, se frappe la tête avec violence et s'enfonce les ongles dans les chairs et se déchire les joues.

Ces moments de fureur sont subits et, pendant ces actes de mutilation, la physionomie exprime un sentiment de colère, auquel succède un air de satisfaction, dès qu'il a cessé de corriger l'autre.

Lorsqu'il n'est pas surexcité par ses ressentiments imaginaires, nous lui demandons où est G...

— Le voilà, répond-il en se frappant la poitrine.

Nous lui touchons la tête, en lui demandant à qui elle appartient.

— Ça, dit-il, c'est la tête de Coch...

— Pourquoi la frappez-vous ainsi ?

— Parce qu'il faut corriger la tête de Coch...

— Mais tout à l'heure vous avez frappé G...

— Non, ajoute-t-il, G... n'a pas été méchant aujourd'hui c'est la tête de Coch... qu'il faut battre.

Pendant plusieurs mois nous avons renouvelé les mêmes questions et nous avons obtenu invariablement les mêmes réponses. La plupart du temps c'est G... qui est mécontent, mais quelquefois la réciproque a lieu et alors ce n'est plus la tête qui reçoit les coups.

Ce dédoublement de la personnalité est d'autant plus remarquable, qu'il n'existe pas d'algésie. En effet, on comprendrait plutôt qu'un aliéné insensible à la douleur se frappât avec une telle rage, s'il ne ressentait pas les coups.

Un autre fait non moins curieux, c'est la coïncidence de

cet état mental avec l'asymétrie crânienne, les traces d'un ancien hématome et des preuves évidentes d'hémorragies cérébrales du côté droit.

On peut donc supposer qu'il y a antagonisme entre les deux hémisphères, source de ces illusions internes que cette intelligence rudimentaire attribue alternativement à G... et à la tête de Coch..., et dont l'une des deux individualités cherche à se venger sur l'autre.

57

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BAILLARGER.

Paralysie générale précédée d'accidents congestifs de forme insolite.

Les accidents congestifs qui précèdent souvent de plusieurs mois, quelquefois même de plusieurs années, l'explosion de la paralysie générale, se présentent sous des aspects très variés qu'il serait peut-être utile d'étudier d'une manière plus complète qu'ils ne l'ont été jusqu'ici. Ces accidents congestifs doivent-ils être considérés comme la cause de la maladie ou n'en sont-ils que la première manifestation ? Quelle est leur influence sur la forme de la maladie, leur fréquence selon les sexes, les âges, etc. ? Ce sont là autant de questions qui mériteraient un examen approfondi. L'observation que je publie ici, me paraît, sous ce rapport, avoir un assez grand intérêt.

Il s'agit d'une malade dont les accès congestifs caractérisés par la perte de la parole pendant une demi-heure environ, étaient précédés d'une espèce d'*aura* qui partait de la main et remontait graduellement jusqu'à la tête.

Bayle a déjà cité un fait semblable : le malade avait le sentiment de quelque chose qui partait de la main droite et remontait jusqu'à la langue ; alors il ne pouvait plus articuler, mais conservait toute sa connaissance.

En dehors de ce fait, l'observation que je publie offre d'autres particularités qui méritent d'être notées. Il y a eu successivement, comme on le verra, trois accès de délire qui ont guéri et pendant lesquels on n'a observé aucune trace d'idées ambitieuses. C'est seulement, après sa quatrième entrée à la Salpêtrière, que la malade a présenté des signes graves et permanents de paralysie générale qui bientôt ont entraîné la mort.

Au mois de janvier 1864, la femme S... âgée de quarante et un ans, passa la nuit dans un wagon de troisième classe par un froid très intense. Ce voyage avait été précédé de grandes fatigues et d'émotions morales tristes.

Arrivée à Paris, après un refroidissement très prolongé, on la conduit dans une chambre étroite fortement chauffée par un poêle en fonte. Au bout d'une demi-heure à peine, elle se plaint d'étouffements, se met à pleurer et bientôt tombe dans un délire complet. Elle pousse des cris, prétend qu'elle voit le diable, demande un prêtre, veut se précipiter par une fenêtre, brise un carreau, etc. Dès le jour même, elle est conduite à la Salpêtrière où le délire cesse au bout de quelques heures.

Le lendemain, à la visite, nous trouvons cette femme très faible, mais tout à fait raisonnable. Elle raconte avec suite comment, arrivée transie de froid et exténuée de fatigue, elle a éprouvé tout à coup, sous l'influence de la chaleur du poêle, un mal de tête très violent, des étourdissements et comme un commencement de syncope, auquel a succédé de l'agitation et du délire. Ce n'est, dit-elle, qu'à la Salpêtrière qu'elle est revenue complètement à son état normal. Après une douzaine de jours passés à l'hospice pour se remettre de ses fatigues, elle sortit complètement guérie.

Une année se passe sans accident; mais, en janvier 1862, la femme S... commence à éprouver des espèces d'attaques sans perte de connaissance et caractérisées par un en-

gourdissement qui de la main remontait graduellement à la tête et s'accompagnait immédiatement de perte de la parole pendant une demi-heure environ. Ces attaques se sont reproduites sept à huit fois en trois mois, toujours accompagnées d'une paralysie incomplète du bras. A la fin de février, la femme S... commence à s'agiter; elle prétend qu'elle va mourir, qu'elle étouffe, elle demande un prêtre, ne dort pas et, à la fin de mars, on est obligé de la conduire à l'hospice de Lariboisière, d'où elle fut transférée à la Salpêtrière le 26 mai. Elle est agitée, parle beaucoup et à voix basse, ses traits sont altérés, la peau est chaude, le pouls fréquent, la langue sèche et tremblante; on ne trouva pas d'embarras appréciable de la parole. Après quelques jours, un état de prostration vint remplacer l'agitation. La malade, qui est devenue gâteuse, passe des heures entières dans une sorte d'assoupissement; elle reste souvent les yeux fermés, dans un état complet de mutisme.

Pendant six semaines, alternatives irrégulières d'excitation et de dépression; on observait souvent une tendance hypocondriaque très marquée et parfois un léger embarras de la parole, mais non d'une manière continue. Peu à peu les symptômes s'amendèrent, tout délire disparut, la malade se mit à travailler et put sortir de l'hospice le 5 août 1862.

Cette femme resta chez elle pendant dix-huit mois; son mari nous assure qu'elle était raisonnable, qu'elle faisait bien son ménage, mais qu'elle était un peu insouciance. Il a aussi remarqué qu'elle *avait par moments quelque embarras dans la prononciation*. Pendant ces dix-huit mois de séjour dans son ménage, la femme S...n'a eu que deux petits accidents paralytiques et passagers, comme avaient été les premiers.

Au commencement de janvier 1864, S... sort de chez elle sans être suffisamment vêtue; elle est prise par le froid et rentre souffrante.

Dès le jour même, elle est obligée de s'aliter et le délire éclate. La malade est ramenée à la Salpêtrière; excitation, idées mélancoliques et hypocondriaques. Après six semaines, nouvelle amélioration et nouvelle sortie le 18 mars 1864. Quinze jours après, S... rentre à la Salpêtrière avec les mêmes conceptions délirantes, mais avec des phénomènes paralytiques plus tranchés. Après cinq ou six mois, l'état de cette femme s'était tellement aggravé, que la station était devenue tout à fait impossible. La démence avait marché progressivement.

La troisième période se prolongea longtemps, et la malade ne succomba que le 23 octobre.

Dix jours avant sa mort, cette femme avait offert une coloration bronzée de la peau dans diverses parties du corps, aux bras, à la poitrine, aux aisselles et au ventre.

A l'autopsie, opacité et épaissement des membranes, adhérences à la couche corticale qui est amincie; consistance plus grande des couches superficielles de la substance blanche des lobes antérieurs.

Substance blanche congestionnée; on trouve aussi une congestion assez vive du cervelet et de la moelle allongée.

Hypertrophie du ventricule gauche du cœur, hyperémie du foie qui pèse 1,870 grammes; rate volumineuse et ramollie, reins congestionnés; les capsules surrénales, de volume ordinaire, sont chargées de graisse.

Médecine légale

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

Par M. le Dr A. GIRAUD

Directeur-Médecin de l'asile de Fains.

La responsabilité limitée. — La mesure du discernement en matière criminelle, par M. le Dr Louis Pénard. — Considérations médico-légales sur la responsabilité des faibles d'esprit, par M. le Dr Parant — Rapport sur l'état mental de M..., inculpé de vol qualifié; responsabilité limitée, par M. le Dr Mordret. — Rapport sur l'état mental de T..., inculpé de vagabondage et blessures faites à un agent de la prison, débilité intellectuelle; et rapport sur l'état mental de Bl. V. M..., inculpée de faux; débilité morale; par le Dr Combes. — Revue des journaux judiciaires; affaire Didier; le scandale de Bordeaux.

Nous avons fait voir dans notre précédente revue qu'il n'est point rare de rencontrer dans la pratique de la médecine légale des cas où les experts sont amenés à conclure à une atténuation de responsabilité, et que cette conclusion est presque toujours adoptée par les magistrats. *La mesure du discernement en matière criminelle* a fait l'objet d'une lecture fort intéressante à l'Académie de médecine par M. le Dr Louis Pénard (1). Ce travail a été publié par l'auteur et se rattache intimement à l'étude que nous avons faite; aussi devons-nous examiner les opinions qui y sont émises, et les observations qui viennent à l'appui. La thèse de M. Louis Pénard est la suivante : A une époque

(1) Séance du 2 novembre 1880.

qui n'est pas encore bien éloignée, les magistrats, convaincus que la pratique des matières litigieuses suffisait pour se prononcer sur la valeur et la portée de l'intelligence d'un inculpé, avaient rarement recours, dans une affaire criminelle, à une expertise médicale, et le jury décidait. Aujourd'hui, le magistrat instructeur est souvent pris d'hésitation ; il redoute qu'au cours des débats, l'avocat ne soulève la question d'irresponsabilité morale, que le jury ne soit ému, et que l'affaire ne soit renvoyée à une prochaine session pour un supplément d'information ; le juge en réfère à la compétence médicale. Or, on est tombé d'un excès dans un autre.

En 1824, on méconnaissait l'état de démence de Léger ; peu de temps après, Papavoine était exécuté, et on obtenait à grand'peine que l'état mental d'Henriette Cormier fût examiné par Esquirol. En 1851, l'intervention médicale existe pour Jobard ; mais, en 1857, on ne la retrouve pas pour Verger.

Aujourd'hui, on en appelle trop facilement à l'expertise médicale et les experts sont enclins, à l'insu de leur conscience, à admettre l'atténuation : « Nous souscrivons trop vite, dit M. Pénard, et trop libéralement à ces conséquences héréditaires qu'on ne saurait préciser avec rigueur, à ces arrêts de développement plus aisés à signaler en paroles qu'à démontrer irréfutablement en fait, à ces affections larvées qui mettent exceptionnellement bas le masque, à ces asymétries organiques plus souvent spécieuses que réelles ; en effet, que la cloison du nez penche un peu plus à droite qu'à gauche, ou à gauche qu'à droite, les deux se valent ; que la commissure gauche des lèvres s'abaisse un peu plus que la droite ; que l'œil droit ou gauche, n'importe, soit imperceptiblement plus étroit ou plus large que son frère jumeau, et ces légers vices de forme, dont on serait bien embarrassé de déduire logiquement des conséquences

» forcément pathologiques, vont jouer cependant le grand rôle dans les circonstances atténuantes. »

Nous ne saurions nous plaindre de ce que les magistrats réclament plus fréquemment, qu'autrefois, dans une instruction criminelle, le concours du médecin lorsqu'un doute s'élève sur l'intégrité des facultés d'un accusé et nous pensons que le D^r Pénard est, lui aussi, tombé dans l'exagération en avançant que la médecine légale « trouve » aujourd'hui trop de fous et pas assez de criminels », et en considérant comme une tendance générale des médecins, le fait que, dans des cas douteux, appartenant évidemment à la zone neutre intermédiaire entre le crime et la folie, certains experts ont pu donner des conclusions trop favorables à l'accusé; chacun blâmera, avec M. Pénard, le médecin qui conclurait du seul fait d'antécédents héréditaires douteux à une atténuation de responsabilité, ou regarderait comme irresponsable de ses actes toute personne présentant une légère asymétrie des deux moitiés de la face, et nous pouvons ajouter qu'un tel expert n'aurait aucune autorité près des magistrats. Le D^r Pénard déclare qu'il n'hésite pas à prendre la défense de l'aliéné et ajoute que c'est l'imprescriptible devoir du médecin de le secourir et de le protéger parce que c'est un malade, mais il recommande de démasquer hardiment les simulateurs. Or, le point qui nous intéresse ici plus particulièrement est de voir comment l'auteur recherche la mesure du discernement en matière criminelle. Un individu, sain d'esprit avant et après un acte criminel, a pu commettre cet acte sous le coup de l'aberration mentale qu'on appelle la folie transitoire. Les épileptiques en fournissent des exemples; mais si, dans l'intervalle d'un accès, un épileptique commet un vol, il peut être déclaré irresponsable, et l'expert n'a pas à se préoccuper de savoir si l'épileptique est plus intéressant qu'un autre individu, s'il vole parce que sa maladie lui a fait fermer toutes les portes et l'empêche de

travailler ; cette appréciation appartient au jury, non à celui qui doit rechercher si l'accusé avait conscience de ses actes. L'inculpé est-il fou complètement ou partiellement, tel est le diagnostic qu'il convient de poser nettement. Dans aucun cas, l'expert ne doit s'en tenir à des formules vagues et à double entente ; il doit savoir déclarer si l'accusé est responsable ou irresponsable ; si une lésion organique existe, la responsabilité disparaît ; s'il existe de sérieuses déformations du crâne, si le front est aplati, déprimé, effacé, si la boîte crânienne est macro-céphalique ou micro-céphalique ou crétinienne, les fonctions cérébrales sont forcément troublées, l'inculpé est irresponsable ; mais il n'appartient pas à l'expert de déclarer irresponsable ou partiellement responsable un accusé parce qu'il n'aurait pas reçu l'éducation de la famille, parce qu'il a des passions, parce qu'il est violent, parce qu'il était volontairement en état d'ivresse.

Quelles sont les sources d'appréciation dans la recherche des responsabilités ? Doit-on se borner à l'examen de l'accusé et de son dossier ; doit-on, au contraire, pour arriver à une conviction, avoir recours à d'autres éléments de diagnostic, entendre des témoins, faire en quelque sorte de son côté une nouvelle instruction ? Les avis sont partagés : « A l'un de mes confrères, dit M. Pénard, des plus autorisés par sa science, sa position et son caractère, qui me disait avoir été gourmandé en plein prétoire pour n'avoir pas fait l'enquête dont je parle, j'ai pu répondre qu'en plein prétoire aussi, j'avais été fortement malmené pour l'avoir faite. » Le D^r Pénard incline donc à penser que l'on doit se borner à l'examen de l'accusé et de son dossier, et ne pas entrer dans le domaine du juge d'instruction. Nous objecterons que si l'expert croit devoir recourir à l'audition des témoins, c'est qu'il ne rencontre pas dans le dossier des éléments suffisants d'appréciation et il nous semble qu'il est de son devoir de signaler une lacune dans

l'instruction de l'affaire. Non seulement l'expert évitera les reproches d'avoir dépassé son mandat, mais il aura, avec le concours du magistrat instructeur, des dépositions dont la valeur ne pourra être contestée parce que les nouveaux témoins auront, eux aussi, prêté serment.

L'hérédité, les convulsions, la fièvre typhoïde sont des motifs d'atténuation, mais il ne faut pas aller trop loin. L'hérédité n'a aucune valeur absolue pour le diagnostic. On peut avoir eu des convulsions dans son enfance sans cesser d'être dans la suite entièrement responsable de ses actes et il en est de même pour la fièvre typhoïde. L'examen particulier de chaque fait peut seul permettre de formuler un diagnostic.

L'enseignement à tirer du travail du docteur Pénard est que la responsabilité d'un accusé peut être entière, nulle ou atténuée, mais qu'il faut dans ce dernier cas prendre garde de ne pas tomber dans l'excès, et qu'il est dangereux d'avoir une ligne de conduite trop absolue : les circonstances qui font pencher l'expert en faveur d'une atténuation de responsabilité sont des éléments de diagnostic mais ne constituent pas par elles-mêmes l'atténuation.

Le cadre de notre revue ne nous permet pas une analyse détaillée des rapports publiés, sous le titre d'observations, par le Dr Pénard à l'appui de son travail. Ces rapports, dont plusieurs ont été faits avec la collaboration des D^{rs} Bérigny et Bernier sont au nombre de dix. Quatre concluent à une atténuation de responsabilité ; deux, sauf quelques réserves, à la responsabilité des actes ; deux à la responsabilité pleine et entière, deux enfin à l'irresponsabilité absolue. Si l'on en juge par les faits, le Dr Pénard a souvent rencontré dans la pratique des cas où l'accusé est considéré comme responsable de ses actes, mais pas au même degré qu'un individu jouissant de l'intégrité de ses facultés intellectuelles. Il est regrettable que l'auteur n'ait

pas fait connaître dans chaque affaire la suite donnée au rapport médico-légal.

Le Dr Parant a publié, au mois de janvier dernier, dans la *Revue médicale de Toulouse*, des considérations médico-légales sur la responsabilité des faibles d'esprit à l'occasion d'une affaire judiciaire récente dans laquelle il avait été appelé comme expert. Un nommé C..., cultivateur, prévenu d'attentat à la pudeur sur une jeune fille d'une douzaine d'années, avait été l'objet d'un rapport médical, tendant à la responsabilité atténuée et dont les conclusions ne parurent pas suffisamment explicites : un supplément d'expertise fut ordonné. Les experts, MM. les Drs Noguès, Darnis et Parant, furent d'accord pour se prononcer en faveur d'une atténuation de la responsabilité. Cette opinion a été basée, d'une part, sur l'absence de signes d'aliénation mentale. C... savait qu'il agissait mal, mettait une certaine habileté pour attirer la jeune fille et savait se cacher ; toutefois il ne croyait pas s'exposer à la cour d'assises ; mais, d'autre part, il était paresseux et indifférent, ne se préoccupant nullement de son avenir ; « pourvu qu'il eût le » vivre et le couvert, le reste lui importait peu. » Cette apathie n'avait pas toujours existé. Vers l'âge de dix-sept ans, à la suite d'une chute sur la tête, il avait eu une affection cérébrale délirante, et depuis il était toujours resté faible d'esprit.

Le Dr Parant signale que, dans cette affaire, un incident d'audience se produisit : deux médecins appelés comme témoins par la défense prétendirent que, depuis sa maladie cérébrale, l'accusé ne jouissait plus de la plénitude de ses facultés et devait être déclaré irresponsable. Le Dr Parant a combattu cette opinion. Une maladie cérébrale quelconque, ayant momentanément troublé l'intelligence à une époque antérieure, ne peut pas devenir, dans la suite, une cause d'irresponsabilité pour l'individu. En second lieu, la

faiblesse d'esprit a des degrés, et ce serait une exagération de considérer comme complètement irresponsable quiconque aurait le jugement borné.

En résumé, dit le Dr Parant :

« 1° Nous croyons avoir été dans le vrai en affirmant, » avec nos confrères, que C... était responsable de sa » faute.

« 2° Nous n'admettons pas que la faiblesse d'esprit, in- » dépendante de toute influence morbide actuelle, soit une » cause d'irresponsabilité absolue. »

La Cour d'assises de Tarn-et-Garonne admit l'atténuation de responsabilité. L'accusé fut condamné à deux ans de prison.

Au cas précédent peuvent se rattacher l'affaire M..., qui a fait l'objet d'un rapport de M. le Dr Mordret, médecin en chef de l'asile du Mans, et deux affaires qui ont fait l'objet de rapports du regretté Dr Combes.

M... Victor était inculpé de vol qualifié : son état mental ayant inspiré des doutes, il fut transféré de la prison à l'asile du Mans, et voici le portrait qu'en fait le Dr Mordret :
« De taille et corpulence moyennes, cet homme ne présente » aucune difformité réelle, quoiqu'il marche lourdement » et en se dandinant un peu. Sa figure est peu intelligente. » Quand il parle, la lèvre supérieure se relève à droite, ne » rejoint plus la lèvre inférieure : il en résulte un vide qui » donne à la bouche une singulière expression; la tête est » petite, ronde, brachycéphale, bien conformée d'ailleurs. » Les membres et la face sont atteints de légers mouve- » ments choréiques, surtout quand il parle. Son aspect » général est celui d'un semi-idiot. La parole est aussi un » peu embarrassée; il ne s'exprime pas toujours avec clarté, » mange parfois quelques mots en les prononçant, ce qui » paraît rendre sa phrase incomplète; cependant il répond » avec justesse, mais il ne raconte pas toujours avec ordre

» quand on le laisse aller : il ricane souvent en parlant,
» comme le font un assez grand nombre d'idiots, ce qui, joint
» à l'expression de sa bouche que j'ai déjà signalée et à des
» mouvements incessants de trémulation, donne à toute sa
» personne quelque chose qui déplaît, mais qui est assez in-
» descriptible. »

L'histoire de M... Victor est connue par les pièces de procédure et par le récit qu'il en a fait. Il est né à Paris de parents inconnus et il a été élevé aux environs de Rennes. A l'âge de dix ans, et jusqu'à quinze ans, il a été placé dans une famille où il gardait les enfants et c'est là qu'il a appris à voler; il était battu quand il ne rapportait rien. L'inspecteur des enfants l'a ensuite placé chez un métayer où M... a été employé à garder les vaches. Il y est resté trois ans, et il a ensuite été cédé à un autre métayer. Après deux ans de service; il a été arrêté parce qu'il battait les enfants et il a été transféré de la prison de Rennes à la Roquette, à Paris, où il a subi une détention de trois mois. En sortant de prison, il a été renvoyé à l'assistance publique et de là dirigé sur l'asile Sainte-Anne, puis à l'asile de Vaucluse. Il y est resté un an et s'est évadé. Il a été arrêté aux environs de Chartres pour vol, et condamné à treize mois de prison qu'il a faits à Poissy. Son temps de détention fini, comme il avait un petit pécule, il est retourné à Rennes par le chemin de fer et s'est placé comme pâtre chez un fermier. Au bout de deux mois, il a été renvoyé, parce qu'il avait laissé aller les vaches dans les blés. Il s'est dirigé en mendiant vers Paris par Angers et le Mans. Après avoir quitté Angers, il a volé 43 fr. à un marchand de tabac dans un bourg. Dans un autre bourg, il a tenté un nouveau vol chez un bourrellier, mais il ne trouva rien à sa convenance. Il tenta un troisième vol chez un marchand de tabac et fut arrêté le lendemain.

Dans tous les vols commis, M... a constamment usé du même procédé. Après avoir erré le jour dans la campagne, il arrivait le soir dans les bourgs, se cachait ou demandait

l'hospitalité dans un hangar, s'emparait d'un instrument quelconque qui lui tombait sous la main, hache ou fourche, s'en servait comme de levier pour forcer les volets de la devanture d'une maison où il supposait trouver de l'argent ou des objets à sa convenance, brisait un carreau, et s'en-fuyait si le bruit avait donné l'éveil. Si au contraire il nese croyait pas découvert, il pénétrait dans la maison et volait.

A l'asile du Mans, il parut ne se préoccuper nullement de sa situation et ne pas se douter du motif pour lequel on l'avait transféré à l'asile : il se mit au travail, se montra docile et doux avec les gardiens et les malades ; il ne fit aucune tentative d'évasion et ne commit aucune extravagance. Sa mémoire parut intacte et il avouait ses méfaits sans aucune difficulté. Son intelligence parut très bornée ; lorsqu'on lui demandait pourquoi il commettait de nouveaux vols lorsqu'il avait encore sur lui de l'argent, et agissait par conséquent, sans avoir pour excuse le besoin, il répondait que cet argent n'était pas à lui et qu'il volait de nouveau pour se faire prendre afin de faire rendre l'argent par les gendarmes ; mais quand on lui faisait remarquer qu'un semblable motif était tout à fait invraisemblable et d'ailleurs en complète opposition avec sa conduite, puisqu'il cherchait à se sauver, il faisait semblant de ne pas comprendre, et avouait ensuite, qu'il avait compris, mais n'avait pas voulu comprendre.

A Sainte-Anne comme à Vaucluse, M... a été considéré comme atteint d'imbécillité, n'ayant que des notions bornées, ayant un discernement insuffisant, incapable de pourvoir à ses besoins.

Dans la discussion des faits, le D^r Mordret n'hésite pas à regarder M... comme un être inférieur, déshérité de l'intelligence et du sens moral. Doit-il néanmoins être considéré comme irresponsable de ses actes ? Lorsqu'il vole, il sait qu'il fait mal, car il promet, si on le remet en liberté, de ne plus recommencer. Les actes sont coordonnés, on ne trouve en lui ni hallucinations ni impulsions morbides et il a toujours

prémédité ses vols. Le soin de se cacher pendant le jour, d'attendre l'heure propice, de rechercher la maison où il peut trouver quelque chose à voler, enfin la précaution de s'assurer qu'il n'est pas observé indiquent une certaine préméditation. Sans doute il ne se montre pas un voleur habile, en ne variant pas sa manière d'opérer, et en ne s'éloignant pas beaucoup du lieu où il a commis un méfait, mais l'acte qu'il a commis n'est point par là l'œuvre d'un insensé. « Je demeure donc convaincu, dit le Dr Mordret, que M..., » en volant, savait qu'il faisait mal, qu'il cédait à l'entraînement de ses mauvais penchants, au besoin peut-être, s'il » est vrai qu'il n'ait pu se procurer d'ouvrage, mais qu'il » n'agissait point sous l'empire de la folie, et partant je » le crois responsable ; mais, ainsi que je l'ai dit, responsable dans une certaine limite. On ne doit pas oublier » que cet homme est un faible d'esprit et que pour cette » cause il ne saurait opposer à ses penchants un frein aussi » puissant que le pourrait faire un homme mieux doué intellectuellement et moralement. »

Le Dr Mordret a terminé son rapport par quelques considérations qui rentrent dans l'étude que nous avons abordée de la responsabilité limitée. Quelle peut-être la place d'un individu tel que M... ? A Paris, il a été considéré comme imbécile et envoyé dans un asile. Si l'on admet qu'il est atteint d'imbécillité et incapable de se diriger et de pourvoir à ses besoins, il doit être séquestré à perpétuité dans un asile d'aliénés ; et d'un autre côté, peut-on admettre cette séquestration « d'un homme qui, n'étant ni fou ni tout à » fait idiot, conserve en bonne partie la responsabilité de » ses actes, bien qu'il soit incurable ? » Le Dr Mordret a posé la question sans la résoudre, mais nous fait connaître dans un court épilogue, la solution de l'affaire.

« M... a été acquitté par la cour d'assises et mis à la disposition de l'autorité administrative qui l'a laissé en liberté. Il s'est remis à vagabonder, à vivre de rapines, étant in-

» capable de rien faire et n'ayant du reste aucunement la volonté de s'occuper. On a dû le réintégrer à l'asile, le 12 janvier 1881. Il y est, ce qu'il y était la première fois, s'y trouve fort heureux et ne craint rien tant que d'être renvoyé. »

Les rapports du Dr Combes qui nous ont été communiqués, datent déjà de plusieurs années, mais ils viennent fournir de nouveaux exemples de l'atténuation de responsabilité, invoquée par les experts, admise par les tribunaux.

Le nommé T... à la suite de pertes d'argent et de chagrins domestiques, s'était éloigné de son pays, et menait une vie très précaire. Il s'était en outre livré à l'abus des boissons alcooliques. Arrêté près de Luçon pour mendicité et vagabondage, il fut considéré comme aliéné et envoyé à l'asile de la Roche-sur-Yon, où il ne resta que 27 jours. Il se mit de nouveau à errer, et fut arrêté de nouveau et dirigé sur la prison d'Angers où il commit des excentricités. Il devait être mis en liberté quand, dans une lutte, il blessa assez gravement à la main un surveillant qui voulait lui ôter un couteau. Il fut alors amené à l'asile Sainte-Gemmes. À l'asile, il ne donna aucun signe d'aliénation, et avoua qu'il était plus malheureux que malade et avait simulé la folie. Il fut reconduit en prison après avoir renouvelé au parquet l'aveu de sa simulation. Il resta tranquille pendant quelques jours, puis apprenant qu'il ne serait pas poursuivi pour vagabondage mais pour avoir porté un coup à un gardien, ce qui entraînait plusieurs mois de prison, il devint de nouveau agité, perdit l'appétit et le sommeil, et son délire parut tel qu'il fut de nouveau mis en observation à l'asile. Dès son arrivée, il recouvra l'appétit et le sommeil, mais il se disait d'origine divine, et prétendait à la couronne de France, racontant que Dieu l'avait procréé en mêlant de sa salive au lait de la Vierge et mettant le tout dans le corps de sa mère adoptive. Il prétendait en outre avoir vu l'em-

pereur qui lui avait cédé ses droits à la couronne. Il se plaignait d'être persécuté par la physique et parlait de voix qu'il aurait entendues. Quelques jours après, T... apporta à ses récits quelques variantes et enfin, après huit jours, avoua de nouveau sa simulation, disant qu'il avait dans les prisons appris à faire le fou. Mais si la simulation était constante, l'observation révélait au Dr Combes un véritable état d'infériorité intellectuelle et morale. L'intelligence de T... était affaiblie, peut-être usée par les chagrins, les excès alcooliques et la misère. Il ne voyait pas grand mal à tromper la justice, et avouait très naïvement qu'il faisait le fou pour ne pas être puni.

« En résumé, dit le Dr Combes, à mon avis, T... ne peut » être considéré comme aliéné. On peut cependant sup- » poser que par suite de ses chagrins, de son existence » errante et misérable, et surtout des excès de boissons » alcooliques, auxquels il s'est adonné, sa volonté s'est » émoussée; les excitations ont pu parfois produire une » impression plus prononcée. T... est peut-être devenu » moins capable de se conduire, mais habituellement il ne » peut être considéré comme privé de son libre arbitre. »

T... ne fut condamné qu'à quinze jours de prison. L'existence de la simulation a rendu la situation complexe, car la nature du délire permettait de se demander si le prévenu n'avait pas eu réellement quelques hallucinations et si l'on n'était pas en présence d'un aliéné n'ayant pas conscience de sa folie, et ajoutant à ses conceptions malades la simulation d'un autre délire. Les cas de ce genre ne sont pas sans exemple. Le Dr Combes n'a vu dans le nommé T... qu'un faible d'esprit, et le tribunal, loin de considérer la simulation comme une circonstance aggravante, a admis l'atténuation de responsabilité et n'a prononcé qu'une condamnation légère.

Dans le second cas du Dr Combes, les faits étaient plus graves. La nommée Bl..., veuve M..., était accusée d'avoir

dissipé au préjudice de son neveu et de sa nièce des valeurs au porteur, d'avoir fait fabriquer une série de faux billets et de les avoir fait escompter, d'avoir fait fabriquer un prétendu traité de vente d'actions et d'avoir voulu en faire usage, enfin d'avoir fait fabriquer des lettres annonçant faussement une donation et de s'être servie de ces pièces afin de conclure un arrangement pour son logement et sa nourriture.

Du vivant de son mari, la veuve M... avait joui d'une certaine aisance, mais de fausses spéculations firent perdre aux époux M... tout ce qu'ils possédaient. La perte de sa fortune, puis la maladie et la mort de son mari ébranlèrent la santé de la veuve M....

Elle était à l'époque de la ménopause ; ses fonctions digestives furent troublées ; elle se montra très nerveuse, excitée, et présenta même du désordre dans les idées ; sa mémoire même est restée troublée. Depuis cette époque, dit le Dr Combes, « on aurait, parait-il, souvent remarqué » dans sa vie, dans ses habitudes, dans sa toilette, quelque » chose qui n'était pas d'accord, ni avec sa manière d'être » d'autrefois, ni avec sa position précaire actuelle. Ses dé- » penses n'étaient plus en rapport avec ses ressources ; » elle faisait des mensonges inexplicables, était continuel- » lement en courses, achetait des choses dont elle n'avait » pas besoin, qu'elle ne pouvait payer, et alors employait » tous les moyens possibles pour battre monnaie. Chez » elle on ne la trouvait point folle, et cependant on l'appe- » lait la folle. »

Son système de défense fut la négation de tout ce dont elle était inculpée, l'affirmation qu'elle était une honnête femme et qu'elle était incapable d'avoir fait ce dont on l'accusait. A l'asile de Sainte-Gemmes, où elle fut placée en observation, rien dans sa mise, dans son attitude, ses gestes ou sa conversation, ne révéla un délire actif. Elle se tenait convenablement, se montrait soumis à la règle, travaillait

habituellement, ne présentait ni excitation, ni dépression, et ne parut pas avoir d'hallucinations. Toutefois elle se plaignit d'avoir mal à la tête, d'entendre comme des voix, mais elle se rendait compte de la fausseté de cette perception.

On remarqua l'affaiblissement de la mémoire : on notait des variantes dans ses diverses assertions; elle se résignait à sa position actuelle, et dans les divers interrogatoires, son intelligence comme son sens moral parurent diminués; toutefois sa persistance dans ses dénégations sembla prouver qu'il y avait encore en elle la notion du juste et de l'injuste.

« Je ne puis croire, dit en terminant son rapport le
» D^r Combes, que l'inculpée soit privée de son libre arbi-
» tre, et par suite puisse être considérée comme irres-
» ponsable de ses actions, mais je ne crois pas non plus
» qu'on doive la rendre complètement responsable. Le
» trouble nerveux qu'elle a éprouvé, il y a quelques an-
» nées, a pu laisser en elle un certain ébranlement qui la
» rend plus susceptible de défaillance qu'une autre per-
» sonne qui n'aurait pas été malade, qui la prédispose à
» une rechute, et duquel dépend probablement l'affaiblis-
» sement du sens moral signalé plus haut.

» Si l'on me demandait comment et dans quelle propor-
» tion on peut évaluer le degré de responsabilité dont elle
» est passible, je dirais qu'à faute égale la veuve M... peut
» être considérée comme moitié moins responsable qu'une
» autre personne normalement douée. »

Cette dernière conclusion nous semble prêter à la critique. Si l'expert peut, en se basant sur l'examen direct et sur les pièces de la procédure, arriver à cette conviction que l'accusée ne jouit pas de l'intégrité de son intelligence, et motiver son assertion dans la discussion de faits, nous croyons dangereux de dire que la responsabilité est diminuée de moitié. D'autres auraient pu dire qu'elle est dimi-

nuée d'un tiers ou des trois quarts ; or, comme l'a dit M. Falret, nous ne possédons pas de *phrénomètre*. En donnant une appréciation personnelle, on abandonne le domaine scientifique dans lequel doit se tenir l'expert, et l'on donne matière à discussion.

Remise à l'autorité judiciaire, la veuve M... a été condamnée à cinq ans d'emprisonnement.

Deux faits, récemment soumis aux décisions de la justice et présentant un intérêt tout particulier au point de vue de la médecine légale, ont eu un grand retentissement.

L'un est l'affaire du nommé Didier dont l'observation a été communiquée *in extenso* à la Société médico-psychologique (V. *Annales*, mai 1884, p. 468); elle se rapproche beaucoup de celle qui a été publiée par M. Azam, il y a quelques années, et dans laquelle on voit une femme perdre tout souvenir d'une partie de son existence lorsqu'elle se trouve dans ce que M. Azam appelle *la condition seconde*.

L'autre affaire est celle qui s'est déroulée devant les assises de la Gironde et que l'on a désignée sous le nom de *scandale de Bordeaux*. La question médico-légale soulevée a été celle de savoir quel était le degré de responsabilité de Marianne L... Nous n'avons pas à entrer dans le détail des faits qui ont motivé l'accusation ; chacun sait que Marianne L... domestique à Bordeaux, était inculpée d'avoir, pendant le sommeil de ses maîtres, sommeil qu'elle aurait rendu plus profond par des narcotiques, livré les enfants de la maison à des hommes débauchés qui étaient ses amants et d'avoir associé les enfants à des actes de la plus révoltante immoralité. Pendant toute l'instruction, aucun doute ne s'est élevé sur l'état mental de Marianne L..., mais à l'audience la défense requit le témoignage de trois médecins, MM. les Drs Morache, Lande et Oré. Un fait, qui n'a d'ailleurs pas été contesté, fut affirmé. Marianne L... était

hystérique, et avait présenté, comme symptômes, l'hémi-anesthésie et des attaques convulsives. Des divergences existaient dans l'opinion des médecins appelés pour la défense : tandis que le Dr Lande, tout en faisant certaines réserves, admettait la responsabilité, le Dr Oré tendait à admettre l'irresponsabilité. Fort de ces dépositions, le défenseur déposa des conclusions tendant à un nouvel examen médical pour apprécier la responsabilité, mais la cour repoussa ces conclusions. Abordant alors le fond de la question, l'avocat soutint, ou que les faits avoués par Marianne L... n'étaient pas vrais, ou que, s'ils étaient vrais, elle n'était pas responsable à cause de l'état où elle se trouvait. Si les faits sont vrais, disait l'avocat, elle a cédé aux suggestions des autres accusés, étant hystérique et n'ayant pas son libre arbitre. Le procureur général s'éleva contre les assertions de la défense, et, d'après les comptes rendus que nous avons eus sous les yeux, nous paraît même s'être égaré dans une discussion sur l'état mental des hystériques au point de vue général. Marianne L... a été condamnée moins sévèrement toutefois que son principal amant.

L'état mental de Marianne L... a été l'objet de diverses appréciations dans les journaux de médecine et nous ne pouvons les passer sous silence. Mais notons d'abord que pendant sa détention préventive, l'accusée n'a été soumise à aucun examen médical régulier. Nous ne savons si la défense a réservé, avec intention, pour l'audience le moyen invoqué afin d'agir sur le jury, d'obtenir un sursis, de séparer Marianne L... des autres accusés. Il nous semble difficile d'admettre que si des doutes sérieux eussent surgi sur l'état mental de l'accusée, le magistrat instructeur eût refusé de recourir à une expertise médicale. Autant que nous pouvons en juger par les renseignements que nous avons recueillis, l'expertise n'a été demandée qu'à l'audience. Il était sans doute bien tard pour demander le renvoi de

l'affaire, quand rien n'avait fait supposer jusqu'alors que l'irresponsabilité serait invoquée et surtout quand l'état mental n'avait rien présenté d'anormal pendant l'instruction. Aussi ne peut-on pas s'étonner que la Cour ait repoussé les conclusions de l'avocat.

Le Dr Lagardelle a publié dans la *Gazette hebdomadaire de sciences médicales*, de Bordeaux, du 26 février, une première note, sur l'état mental de Marianne L... et dans le n° du 5 mars, des considérations sur l'hystérie et la nymphomanie. Après la lecture du dossier, le Dr Lagardelle s'est posé les questions suivantes :

« Marianne L... a-t-elle, comme elle le fait pressentir, subi
» l'influence des hommes dont elle dit avoir été la maîtresse ?

« Le procédé qu'elle a employé pour préparer les enfants
» à subir tous les outrages est-il l'unique conséquence de la passion poussée à ses dernières limites ?

« Comment qualifier cette scène, passée dans la chambre
» de cette fille, où les enfants, nus comme elles, subirent
» toutes sortes d'attouchements accompagnés de chants obscènes ?

« Cette perversion du sens moral est-elle le résultat simple de la passion ?

« N'y a-t-il pas chez la fille L... un état mental ou nerveux susceptible d'expliquer en partie du moins ces actes étranges, inouïs ? »

D'après les dépositions, Marianne L... était propre, active, économe, inspirant la plus grande confiance, vivant isolée, sortant rarement ; puis sans cause connue, sa santé s'est altérée, et elle a eu des crises convulsives. A la prison, une hémianesthésie complète a été constatée. En présence d'éléments cliniques incomplets et surtout en l'absence de tout examen direct, le Dr Lagardelle ne pouvait arriver à une conclusion rigoureuse, néanmoins, dit-il : « La tendance évidente de la fille L... à se livrer au premier venu, les scènes

» de sa chambre, et les suivantes qu'elle explique
» en disant : « C'était pour s'amuser ; » cette faci-
» lité à conduire les enfants chez ses amants, à ad-
» ministrer à ses maîtresses des narcotiques, à se croire em-
» poisonnée, peut-être cette complaisance qu'elle montre
» dans ses réponses, peuvent être considérées comme des
» manifestations psychiques de l'hystéricisme.

» Si on admet l'existence de l'hystérie, on est conduit à
» conclure à une responsabilité plus ou moins limitée.

» La question de l'irresponsabilité ne nous paraît soute-
» nable qu'en établissant l'existence d'une forme déterminée
» d'aliénation mentale, qui aurait existé pendant plus de
» dix mois d'une manière continue et dirigé tous les actes
» de la fille L..., ce à quoi nous ne croyons pas. »

Le Dr Morache a de son côté publié, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, du 25 février, des considérations médico-légales et il maintient l'opinion que :

- « 1^o La fille Marianne L... est une nymphomane ;
- » 2^o La responsabilité générale absolue peut être intacte,
» mais lorsqu'elle est mise sur le terrain des faits génésiques
» cette responsabilité est diminuée, restreinte. »

Pour le Dr Morache comme pour le Dr Lagardelle il y avait donc lieu de s'arrêter à une atténuation de la responsabilité ; mais au point de vue du diagnostic il existe une légère divergence. Le Dr Lagardelle croit que Marianne L... était simplement hystérique et il établit une distinction entre l'hystérie, la folie hystérique et la nymphomanie. Or, que la nymphomanie soit considérée comme symptôme d'aliénation, ou comme constituant à elle seule une forme de folie, elle entraînerait toujours l'irresponsabilité parce que la femme qui en est atteinte serait toujours aliénée. Nous pouvons difficilement suivre notre confrère dans des distinctions aussi subtiles. C'est assurément une erreur de croire que l'hystérie s'accompagne toujours d'excitation génésique, mais nous ne pouvons saisir la nuance qui permettrait d'établir un dia-

gnostic précis entre la nymphomanie et l'excitation du sens génésique chez les hystériques.

La discussion n'est probablement pas encore close sur le cas de Marianne L... Le verdict du jury ayant été déféré à la cour de cassation, la plus grande réserve était imposée, afin de ne pas préjuger d'une question qui pouvait être soumise de nouveau à l'examen des experts. Aujourd'hui la cour de cassation a rejeté le pourvoi, et nous attendrons le mémoire qui avait été annoncé par le Dr Morache, et qui peut être l'origine de travaux nouveaux.

Nous avons été frappé dans la lecture de plusieurs affaires criminelles par la tendance de l'avocat à invoquer, en dehors de tout examen médical, pour les besoins de la cause, l'aliénation mentale. Lors de l'assassinat d'un vieillard de 75 ans (1), propriétaire, dans les Basses-Alpes, l'auteur du meurtre, berger, avoua qu'il avait attendu son maître sur le chemin que celui-ci devait parcourir pour retourner de sa campagne à son habitation. Il lui avait tiré deux coups de pistolet sans lui demander aucune explication et il l'avait vu tomber. Le motif allégué était qu'il avait voulu se venger de ce que M. S... avait des relations avec sa femme et l'avait rendue enceinte. Il avoue même que depuis longtemps il avait conçu son projet homicide et avait été sur le point de le réaliser lorsque le courage lui avait manqué. Les dépositions confirmèrent que la victime était bien connue pour ses mœurs légères, même à l'âge de plus de 70 ans et que personne dans le pays, malgré les dénégations de la femme, ne mettait en doute les relations dont se plaignait le mari qui d'ailleurs était assez faible d'esprit. L'avocat demanda l'acquiescement pur et simple d'un pauvre visionnaire honnête et simple, aigri dans son isolement et dont l'esprit troublé demandait plus de compassion que de sévérité. Par son

(1) *Gazette des tribunaux* des 2 et 3 janvier 1884.

inconduite, la victime seule aurait amené le malheur que la justice déplorait. Malgré la plaidoirie de l'avocat le jury admit la culpabilité, tout en écartant la préméditation, et en accordant des circonstances atténuantes. La cour prononça une condamnation à vingt ans de travaux forcés.

A la cour d'assises de Lille, dans l'audience du 5 février 1884, une fille-mère était poursuivie pour avoir précipité son enfant âgé de deux ans et demi dans le canal de la Deule. L'enfant avait été sauvé par un batelier. Sans invoquer la folie proprement dite, le défenseur soutint que la mère, qui avait sollicité en vain l'admission de l'enfant à l'hospice, avait agi dans l'égarement et sous l'influence d'un profond désespoir ayant troublé sa raison. L'avocat demanda au jury d'écarter la préméditation et d'accorder les circonstances atténuantes. La cour prononça une condamnation à dix ans de travaux forcés.

Dans une circonstance plus récente, à l'audience du 19 mars 1884 du tribunal correctionnel de Paris et à l'occasion de poursuites pour excitation habituelle d'une mineure à la débauche, l'avocat des prévenus invoqua à son tour l'aliénation mentale non pas d'un des accusés comme dans l'affaire de Bordeaux, mais du principal témoin, afin d'écarter les charges les plus graves. L'avocat soutint que la fille mineure livrée à la prostitution était atteinte de la monomanie des dénonciations, qu'elle était malade, et contesta la valeur de ses dépositions. Le tribunal passa outre et prononça la condamnation des prévenus.

La défense obtient généralement peu de succès lorsque dans une affaire criminelle elle invoque la folie en dehors de toute expertise. C'est qu'en effet il ne suffit pas d'alléguer sans preuves certaines un trouble intellectuel quelconque, pour excuser une action tombant sous le coup de la loi ; il est nécessaire de montrer que la maladie a enlevé à l'accusé

la conscience de ses actes. La folie ne doit pas être écartée ou mise en avant suivant les besoins de la cause. L'aveuglement avec lequel parfois elle est niée en matière d'interdiction n'est pas moins regrettable que la facilité avec laquelle on l'invoque pour demander un acquittement, quand les autres moyens de défense font défaut.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 28 MARS 1881.

Présidence de M. Luvy

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance manuscrite et imprimée.

La correspondance manuscrite comprend :

1^o Une lettre de M. Jules Falret s'excusant, pour cause d'indisposition, de ne pouvoir assister à la séance.

2^o Une lettre de M. le Dr Bigot, directeur-médecin de l'asile de Vaucluse, sollicitant le titre de membre titulaire.

Cette demande est renvoyée à une commission composée de MM. Foville, Legrand du Saulle et Christian, rapporteur.

3^o La lettre suivante de M. Lailier, pharmacien en chef de l'asile de Quatre-Mares, et membre correspondant de la Société, sur la question de l'albumine dans l'urine des épileptiques.

Quatre-Mares, le 27 mars 1881.

Monsieur le président,

A propos des discussions qui ont eu lieu dans le sein de la Société médico-psychologique sur la présence de l'albumine dans l'urine des épileptiques et du récent travail sur ce sujet de M. le Dr Christian, permettez-moi, — non que je veuille raviver une question qui me paraît épuisée, — permettez-moi, dis-je, de rappeler à la Société que dans mon mémoire sur *l'Urine dans les différentes formes de l'aliénation mentale* que je lui avais adressé à l'appui de ma candidature, mémoire que M. le Dr Duménil a bien voulu analyser (séance du 28 février 1876), j'ai consacré un sous-chapitre à l'exposé de mes recherches sur la présence de l'urine dans l'épilepsie.

J'ai exposé que j'avais examiné un très grand nombre de fois l'urine de 29 épileptiques (*hommes*) et qu'une seule fois j'avais trouvé de l'albumine dans l'urine d'un malade qui depuis deux jours était dans un état de fureur épileptique accompagnée d'accès réitérés. J'ai signalé que la présence de l'albumine avait cessé avec l'*état de mal*, qu'elle coïncidait avec une densité élevée de l'urine et que, depuis, elle n'était jamais apparue dans l'urine de ce malade.

Ces recherches, et celles que je n'ai cessé de continuer, me font penser que l'existence de l'albumine dans l'urine des épileptiques est tout à fait exceptionnelle, qu'elle ne se rencontre même pas dans tous les cas particulièrement graves, qu'elle est essentiellement fugace et qu'elle ne peut avoir, à aucun point de vue, une grande importance.

J'ai l'honneur d'être, monsieur le président, etc.

M. CHRISTIAN. — Dans sa lettre, M. Lailler semble croire que j'ai fait un travail sur la présence de l'albumine dans l'urine des épileptiques. Mon mérite est moindre, je n'ai fait que traduire et résumer un article paru dans un journal allemand. Je ne suis nullement responsable des appréciations de l'auteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Information et documents sur les travaux du congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences*, qui se tiendra à Alger au mois d'avril prochain.

M. Lunier est délégué pour représenter officiellement la Société à ce congrès.

2° *Mémoires et comptes rendus de la Société de médecine de Lyon*.

3° *La Razon de la sin Razon*, n° du 1^{er} et du 15 mars.

4° *La Tribune médicale*, n° du 20 mars 1881.

M. MOTET fait hommage d'une brochure qu'il vient de publier et qui a pour titre : *Accès de somnambulisme spontané et provoqué*.

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société du décès de M. GIRAUD, directeur de l'asile de Maréville, nommé membre correspondant à la séance du mois de décembre dernier.

Rapport de candidature.

M. PAUL MOREAU (DE TOURS). — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Delasiauve, Bourdin et moi, de vous adresser un rapport sur la candidature au titre de membre correspondant, de M. le Dr Raynaud, médecin-adjoint à l'asile de Bailleul.

Parmi les travaux envoyés par notre confrère à l'appui de sa demande, déclinant toute compétence, j'ai dû m'abstenir de l'examen de la thèse soutenue à l'école supérieure de Paris, pour le grade de pharmacien, et borner mon analyse à un travail ayant pour titre : *Contribution à l'étude de la pneumonie chez les aliénés*. Tel a été le sujet choisi par M. Raynaud pour sa thèse inaugurale.

Sous ce titre modeste se cache un travail d'un mérite réel, indiscutable, dénotant chez son auteur un profond esprit d'observation. Se basant sur de nombreux faits recueillis par lui durant son séjour dans les asiles d'aliénés dont il était l'interne, notre confrère a pu émettre plusieurs idées nouvelles et combattre certaines opinions émises par les auteurs qui, les premiers, avaient traité ce sujet, et admises sans conteste par leurs successeurs.

Pendant longtemps, les aliénés ont été considérés comme étant à l'abri de toute atteinte morbide étrangère à la folie, et l'on admettait qu'une épidémie, quelque générale et quelque intense qu'elle fût, était sans action sur eux, qu'ils échappaient complètement à son influence, et que de plus, si par exception ils en étaient atteints, cette affection aiguë amenait le plus ordinairement la guérison de leur état mental. Malheureusement cette proposition n'est pas l'expression de l'exacte vérité. Si parfois, et dans des cas relativement rares, une maladie incidente a pu modifier heureusement un état pathologique mental préexistant, il n'en est pas toujours ainsi, et trop souvent, hélas ! des preuves palpables sont venues donner un démenti formel à toutes ces assertions fausses et erronées, ou tout au moins beaucoup trop généralisées. Nous ne voulons pour preuve que l'épidémie de typhus à laquelle Pinel a failli succomber et, plus près de nous, les différentes épidémies de choléra, de fièvre typhoïde, de variole, qui, de temps à autre, frappent sans pitié les populations de nos asiles.

De nos jours, on admet généralement que non seulement

les aliénés subissent les influences pathologiques à l'égal des autres hommes, mais encore que ces affections revêtent chez eux, dans le plus grand nombre des cas, un caractère tout particulier de gravité, dû à une modification spéciale, imprimée à leur économie par l'affection mentale, et qui détermine dans l'invasion et la marche de la maladie incidente un mode tout à fait anormal et qu'il importe de connaître.

M. Raynaud s'est attaché spécialement à ce qui a trait à la pneumonie et a cherché à établir nettement les différences capitales qui existent entre le cours de cette affection chez l'homme sain et sa marche chez l'aliéné.

Ne pouvant suivre dans son entier développement ce travail intéressant à tant de titres, nous nous bornerons à signaler ici quelques points caractéristiques de la pneumonie chez les aliénés. M. Raynaud appelle l'attention sur la marche latente, sourde, insidieuse de la maladie qui, éclatant brusquement, présente une marche foudroyante au premier abord : sur l'absence souvent complète de toute inflammation et d'épanchement pleural au point où siège la pneumonie avec ramollissement gris et au contraire un épanchement considérable sans inflammation du poumon au côté opposé. A l'autopsie, constatation de dégâts énormes non en rapport avec la durée apparente de l'affection ; enfin, fréquence extrême et terminaison presque complètement fatale.

Dans un dernier chapitre, M. Raynaud examine les modifications apportées à l'état mental par la maladie incidente. « Si cette affection, dit-il, n'a que trop souvent un résultat funeste, il n'en est pas moins vrai qu'elle a, dans quelques cas, rares nous l'avouons, exercé une action favorable et déterminé la guérison de l'état mental, et dans d'autres cas, quoique l'issue ait été funeste, l'état mental a été considérablement modifié pendant la période pneumonique. »

Ajoutons que toutes les formes d'aliénation ne sont point également et favorablement influencées par les maladies incidentes. Parmi celles où ces heureux effets ont été le plus souvent constatés, il faut citer la manie, la monomanie et la mélancolie. — Les idiots, les crétins, les déments et les paralytiques généraux ont tout à perdre et n'ont rien à gagner à être atteints d'une affection aiguë grave,

et surtout d'une pneumonie. Toutes choses égales d'ailleurs, plus le malade est jeune, plus l'affection mentale est récente, moins l'action de l'hérédité est active, plus on est en droit d'espérer une intervention favorable du développement incident d'une maladie aiguë chez un aliéné.

Ne voulant pas abuser des instants de la Société, je bornerai ici, messieurs, l'analyse peut-être un peu succincte du travail que M. Raynaud envoie à l'appui de sa candidature, et me faisant l'interprète de votre commission, je vous demanderai de vouloir bien accorder à notre confrère le titre qu'il sollicite de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Les conclusions du rapport de la commission sont adoptées, et M. Raynaud est nommé membre correspondant à l'unanimité des membres présents.

Les hystériques, leur perversité, leurs mensonges.

M. LASÈQUE. — Messieurs, ma communication d'aujourd'hui sera plutôt anecdotique que scientifique; elle a pour but de vous faire connaître une série d'histoires de femmes hystériques. L'hystérie ! voilà un terme dont on se sert souvent, et cependant qu'on n'a pas jugé utile de bien déterminer. Il en est de ce terme comme de celui de folie; ce sont des expressions non spécifiées, ce sont des mots flous. Il en existe ainsi un grand nombre en pathologie : tel est le rhumatisme, tantôt correct, tantôt dégénéré et se perdant dans les variétés rhumatoïdes.

Quoi qu'il en soit, par l'hystérie, on entend une maladie à manifestations nerveuses très confuses et très vagues, mais présentant des caractères particuliers saisissants. Exemple : une jeune fille est prise d'accidents gastriques, de vomissements incessants, elle devient pâle, maigrit, etc. A mesure que son alimentation diminue elle prend un teint cachectique, et présente de plus en plus les symptômes extérieurs d'une maladie à longue chronicité. — Mais voici, à côté, une autre femme; elle aussi a des vomissements violents; rien de ce qu'elle prend ne reste dans son estomac; il arrive même des moments où elle se tord; elle rend du sang, etc.; et cependant elle est rose, fraîche, a un teint florissant. Elle ne va pas à la garde-robe, elle n'est pas réglée, une autre en souffrirait, elle n'en est pas gênée.

Sa santé est excellente, malgré ces troubles; c'est une hystérique. — Encore une autre. Celle-là ne vomit pas; mais elle ne mange pas, à peine si elle avale un peu de café ou une cuillerée de lait, dans la journée. Au bout d'un mois on croirait devoir la voir défaillir; mais non, cette abstinence ne lui fait pas de mal, elle y résiste victorieusement.

On voit immédiatement la différence qui existe entre le premier cas et les deux suivants. C'est cette différence qui permet d'établir le premier type d'hystériques, présentant deux éléments : l'élément maladie et l'élément santé.

Si des phénomènes physiques nous passons aux phénomènes intellectuels, nous y trouvons réunis aussi les deux éléments précédents : santé et maladie. Il existe en aliénation mentale un type qui représente quelque chose d'analogue, c'est la folie à deux. Dans la folie à deux, en effet, l'un représente la maladie, l'autre la santé ou une santé relative. Le premier, le malade, crée les conceptions délirantes; à côté de lui se trouve l'individu raisonnable, ayant un peu de sens commun et qui donne aux récits de l'autre un semblant de vérité. Ainsi le raisonnant, l'actif, donne du corps aux idées du passif, de l'aliéné. Tel souvent dans certains ménages, le mari accepte, tout en les corrigeant, les conceptions délirantes créées par sa femme.

Toute hystérique présente une sorte de délire à deux : d'une part l'être raisonnable; de l'autre, le délirant. L'un vient au secours de l'autre; mais le plus souvent aussi le dernier domine le premier. N'avons-nous pas quelque chose d'analogue dans tout le champ des inventions humaines? Ainsi le romancier qui, partant d'une donnée que lui fournit l'imagination, se laisse entraîner par celle-ci au point d'arriver à croire que tout ce qu'il crée est arrivé. N'est-ce pas aussi le cas de tous les voyageurs de fantaisie?

Les hystériques qui arrivent ainsi à se dédoubler, à créer des histoires ayant des portions de vérité et de déraison, ne rentrent plus alors dans le cadre des aliénés. Le fou, en effet, une fois affirmé, reste le même, il ne varie plus; son caractère est de ne pas progresser, ses combinaisons sont connues d'avance.

Mais les individus qui présentent cette sorte de délire à

deux, ne sont pas tous des hystériques; on peut l'étudier aussi chez les enfants à arrêts de développement physique, à développements partiels. Comme ce qui est vrai de l'état physique l'est aussi du développement mental, on constate chez eux une sorte d'irrégularité intellectuelle, moitié raison, moitié déraison; et il en résulte alors quelque chose de semblable à ce que nous avons dit des hystériques. En voici quelques exemples :

Vous savez combien les enfants aiment à raconter des histoires dont ils prétendent avoir été les témoins oculaires. Un tel vient vous déclarer qu'il a assisté à un événement quelconque; on lui démontre qu'il en a eu connaissance par la lecture qu'il en a faite dans un journal, il s'en ira tout honteux et baissant la tête. Un autre, au contraire, invente une aventure, qu'il habille de tous les détails possibles; il la raconte le même jour, le lendemain, et, malgré toutes les objections qui lui sont faites, il la maintient. — Ordinairement, pour de telles histoires, quand on peut suivre leur genèse, on les voit se condenser, leurs détails se rassembler, l'ensemble prendre du corps; il en résulte un quelque chose qui ne se modifie plus, une histoire apprise par cœur, racontée avec sang-froid et toujours la même. J'insiste beaucoup sur ce dernier caractère: quand vous voyez un individu, que ce soit un enfant ou une grande personne, répéter à tous ceux qui l'interrogent, le même récit avec la même précision de détails, vous pouvez hardiment mettre en doute la vérité de son récit. Je vais vous en donner quelques échantillons, car en pareille matière les faits sont tout.

Je citerai d'abord l'histoire d'une femme qui, il y a quelques années, a tiré un coup de pistolet sur le curé d'une des églises de Paris. Cette personne, atteinte de délire des persécutions, se plaignait d'avoir été victime de cet ecclésiastique et racontait minute par minute, seconde par seconde, tout le roman de ses relations imaginaires. Au fond, il n'y avait rien de vrai, tout sortait de l'imagination de la malheureuse persécutée. — Voici un autre fait, c'est celui d'une enfant qui, rentrant chez elle, se plaint à ses parents d'avoir été battue par la religieuse dirigeant la classe de l'école, qui l'a saisie par l'oreille et portée ainsi d'un endroit à un autre. Les affirmations étaient si précises que plainte a été portée au commissaire

de police ; mais, après une enquête faite avec soin, on reconnut que tout était faux. Ce qu'il y a eu de curieux dans l'affaire, c'est qu'au commencement les petites camarades de l'enfant ont affirmé la véracité de son dire, mais questionnées avec habileté, elles ont fini par reconnaître qu'il s'agissait d'un complot et d'une pure invention.

On voit là les deux caractères que nous voulons faire ressortir : l'histoire arrangée et récitée par cœur, son acceptation par l'entourage. C'est ce dernier caractère qui différencie ce genre de perturbation morale de la folie proprement dite. Celle-ci ne se gagne pas, tandis que ces romans d'hystériques imposent par leur vraisemblance. Voyez, en effet, une femme, qui se plaint d'une foule de choses ; elle arrive d'abord à convaincre son mari. Mais que la batterie se démasque, qu'après un certain temps les symptômes de la folie éclatent, on cesse de porter créance aux histoires qu'on acceptait alors qu'elle n'était pas encore réputée folle.

Prenons un exemple assez décisif pour se passer de commentaires. — Un négociant chemisier est arrêté pour avoir commis un attentat à la pudeur sur un jeune garçon. Étonnement de cet homme ; il est emmené chez le commissaire de police ; interrogé, il déclare avec la violence de sa dignité froissée que l'imputation est calomnieuse, qu'il n'y a pas un mot de vrai dans cette honteuse accusation. Quant au petit garçon, — la prétendue victime, il donne les détails les plus précis avec le vocabulaire naïf des enfants. On poursuit les investigations, les parents sont interrogés et confirment les dires de leur fils. Cependant la justice, se rendant aux protestations indignées et pleines de sincérité du négociant, laisse tomber l'affaire et aucune poursuite n'a lieu. Mais le négociant veut en avoir le cœur net, il veut connaître d'où a pu provenir une telle accusation et, pour cela, se met à faire lui-même sa propre police. A force de recherches, il finit par reconstituer intégralement la journée de l'enfant. Vous allez trouver là le processus obligé de tous les faits pareils. L'enfant quitte le domicile de ses parents pour aller à l'école ; au lieu de se rendre en classe, il va jouer dans un clos avec quelques gamins de son âge et rentre une heure après l'heure ordinaire. Interrogé par ses parents, il répond d'un air embarrassé ; qu'arrive-t-il alors ? Les parents suivent une piste

qui leur vient à l'esprit; et qui se trouve être l'attentat à la pudeur, ils font les questions; l'enfant répond oui à tout ce qu'on lui demande, et le roman est fait. Mais il y avait un dernier point à éclaircir; où le fait s'était-il passé? Pour trouver l'endroit, on emmène l'enfant, le hasard fait qu'on passe par la rue Vivienne; devant la maison du chemisier, la mère demande à son fils si c'est là, il répond: oui, etc. Vous voyez la fin de l'histoire. Bref, tout a été inspiré à l'enfant par ses parents; il a bien retenu la leçon, car devant la justice, il la raconte ainsi qu'elle lui a été dictée. On a bien là tous les caractères d'une histoire véritable et il y avait lieu de s'y tromper.

Des faits semblables s'observent chez des jeunes filles qui ont passé l'âge de la puberté. En voici un. C'est une jeune fille de dix-neuf à vingt ans, qui raconte l'histoire suivante: Un jour, elle est envoyée de l'atelier où elle travaillait pour prendre des mesures. A la porte, elle est accostée par un domestique qui la fait monter dans une voiture et la conduit dans une maison qu'elle ne saurait plus reconnaître, auprès d'un vieux monsieur. Là trouve naturellement place la description complète de la demeure; il n'y manque pas un détail. Le vieillard auprès de qui elle est amenée, ne lui demande qu'une chose, c'est qu'elle remplace dans son affection la fille qu'il a perdue. Comme elle fait des difficultés, on exige simplement d'elle qu'elle se rende à son atelier; tous les jours on la ramènera dans une voiture auprès du vieux monsieur, puis elle retournera auprès de sa mère. Ce manège aurait, en effet, duré pendant quelque temps; mais un jour est arrivé un prêtre qui l'adjure de céder au désir du vieillard, elle s'obstine à refuser, alors des domestiques la saisissent et la portent dans un sous-sol. Au bout de quelques jours, elle parvient à s'échapper et va retrouver sa mère. Tout cela durait depuis un mois, six semaines; mais l'absence complète de la jeune fille n'a duré que huit jours. — Naturellement la mère colporte les récits de sa fille, celle-ci; de son côté, les raconte dans tous les détails; enfin la chose prend de telles proportions que plainte est déposée par les habitants mêmes du quartier. Ceux-ci se portent caution de la vérité de l'histoire, et cependant il n'y avait de vrai que l'absence de huit jours de la maison paternelle. Au bout de six mois, on apprend que c'est avec un mu-

sicien de régiment qu'elle avait passé cette huitaine.

De telles créations imaginaires ne sont pas uniquement le fait de jeunes filles ou d'enfants, on les rencontre aussi chez des hommes. Telle est l'histoire d'un maître d'études, qui raconte qu'étant un jour entré dans un cabaret des environs de la ville, il assista à un entretien entre gens de mauvaise mine, il entend qu'il s'agit d'un complot contre la sûreté de l'État. Il va lui-même faire une déposition à la préfecture de police; mais, voyant qu'il n'inspire pas une grande crédulité, il continue son histoire. Aussi, un jour, il arrive à la police pour annoncer qu'il possède de nouveaux détails sur le complot, qu'il a filé les conjurés, qu'il a découvert l'un des coupables, etc. Sur ses affirmations, on le fait suivre; mais on ne trouve personne. Il convient enfin d'abord qu'il s'est trompé, puis qu'il a trompé.

Voici une autre histoire dans le même genre. Il s'agit d'un individu qui a préoccupé la police pendant près de sept ans. C'était un garçon frêle, grêle, à constitution féminine, qui, élevé à Paris, y a commencé son droit. A un moment donné, il serait parti pour l'Inde où il aurait été adopté par Sidi-Saël. De là, transporté en Angleterre, il prétend avoir d'importantes communications à faire, des secrets d'État qu'il ne peut révéler qu'à la France. Il serait trop long de raconter toute son odyssée, de le suivre dans toutes ses pérégrinations, en Angleterre, en France, en Hollande, etc. Il est mis en prison, puis reconnu pour un aliéné. Tout cela dure près de sept ans. Quatre ans après, je me trouvais un jour avec lui, j'ai voulu en avoir le cœur net; après bien des interrogations et des supplications, il m'a raconté son histoire. Le prétendu Sidi-Saël était employé dans la maison de commerce d'un de ses frères; un jour il disparut emportant cent francs; depuis cette époque il a erré partout. J'ai fait venir son frère qui m'a confirmé qu'en effet les faits se sont passés ainsi; par lui aussi, j'ai appris que le faux Sidi-Saël est un de ces irréguliers de l'intelligence; un fait curieux à noter, c'est qu'il ne pouvait s'endormir sans avoir deux chandelles allumées devant sa fenêtre.

Une autre histoire d'hystérique a mis en jeu des généraux, des diplomates et même des têtes couronnées. Un jour Victor-Emmanuel reçoit une lettre d'une personne qui

lui annonce qu'elle est fille naturelle de sa sœur la princesse de Carignan. Comme preuve de son assertion, elle parle d'une cassette cachée sous le lit de la femme qui lui servait de mère : celle-ci lui avait fait des demi-confidences sur sa véritable naissance, un jésuite venait souvent voir cette femme; mais un jour cassette et jésuite avaient disparu, etc. Ne recevant pas de réponse à sa lettre, elle continue d'écrire, donne son adresse. Victor-Emmanuel finit par envoyer un de ses aides de camp, avec mission d'aller trouver l'empereur et l'impératrice. La police est chargée de faire des recherches; mais on ne découvre rien. Cependant le mandataire qui avait vu la jeune femme est convaincu par ce qu'elle lui raconte; il l'emmène en Italie et elle est installée à la cour. Puis un jour, pour je ne sais quel motif, elle quitte l'Italie et revient à Paris. Là, les inventions continuent leur train, les jésuites y jouent un grand rôle; tous ces manèges durent encore un an. Enfin, à force de recherches, on finit par trouver que cette soi-disant fille naturelle de la sœur de Victor-Emmanuel est la femme d'un coiffeur; quant au roman qui avait mis en émoi la diplomatie et les têtes couronnées, il n'y avait pas un mot de vrai. Mais l'histoire ne s'arrête pas là. Cette femme, après avoir réintégré le domicile conjugal, arrive à convaincre son mari de la vérité de toutes ses inventions; il se produit alors un véritable délire à deux, qui prend, avec le temps, de grandes proportions. Enfin, un jour, je suis appelé en toute hâte auprès du chef de division à la préfecture de police; je trouve là cette femme dans une violente attaque d'hystérie, qui finit par un état aphasique. La malade, ne pouvant plus parler, écrit; c'est par ce moyen que nous arrivons à connaître qui elle était et à la rendre à qui de droit.

En vous racontant les différents faits qui constituent le fond de ma communication, je n'ai eu qu'un but, c'est de vous montrer que les mensonges, les inventions des hystériques ne sont que le résultat d'un mode de combinaison entre un fait faux d'une part, et d'autre part une sorte de sagacité qui donne à ce fait inventé un certain caractère de vraisemblance.

M. BILLOD. — Les données exposées par M. Lasègue ne pourraient-elles pas s'appliquer à tel ou tel fait miraculeux

de notre époque, à l'histoire du miracle de la Salette, par exemple ?

M. LUYS. — Dans ce cas, n'est-ce point une illusion qui est, pour ainsi dire, le point de départ et le délire qui est consécutif ?

M. LASÈGUE. — Au fond, toutes ces manifestations sont pour ainsi dire empruntées à un état maladif sous-jacent ; il y a chez tous les individus dont je vous ai parlé ou chez tous les individus analogues, un état morbide premier d'où dépend toute la série des inventions ou conceptions délirantes.

M. LUYS. — L'origine de pareilles conceptions délirantes peut être parfois le rêve, qui persiste à l'état de veille et qui semble prendre domaine dans la réalité.

La séance est levée à six heures.

D^r ANT. RITTI.

SÉANCE DU 25 AVRIL 1884.

Présidence de M. LUYS

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

M. le D^r Charpentier, médecin adjoint de la Salpêtrière, écrit à M. le Président pour faire partie de la Société à titre de membre titulaire. La candidature de M. Charpentier est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Luys, A. Voisin, P. Moreau (de Tours).

M. le D^r Mitivié, ne pouvant assister à la séance, s'excuse et fait connaître le nom du lauréat pour le prix Esquirol.

La correspondance imprimée comprend :

M. Azam, professeur à la faculté de Bordeaux, adresse à la Société un exemplaire d'un travail qu'il a publié dans les *Archives générales de médecine* et intitulé : *Les troubles intellectuels provoqués par les traumatismes du cerveau.*

La rason de la sin rason, du D^r Pujadas, n^o d'avril 1884.

Bolletino de manicomio privato. Fleurent. Avril.

L'Art dentaire du D^r Préterre.

Le Bulletin de thérapeutique. Avril.

Présentation d'ouvrages.

M. BOURDIN. — J'ai l'honneur de faire hommage, à la Société, d'un exemplaire du discours prononcé à l'occasion de mon installation en qualité de président de la Société de statistique de Paris.

La question du *Domaine de la statistique* intéresse tous les savants, puisque toutes les sciences se servent de la statistique. Mais ce sujet intéresse plus particulièrement les médecins, car c'est à l'illustre Bichat que revient la gloire d'avoir tracé, en quelques mots, les limites précises du vaste domaine de la statistique.

« *L'invariabilité des lois qui président aux phénomènes physiques, nous dit-il, permet de soumettre au calcul toutes les sciences qui en sont l'objet, tandis qu'appliquées aux actes de la vie, les mathématiques ne peuvent jamais offrir de formules générales.* » (*Recherches sur la vie et la mort*, page 59; Paris 1859). Ces simples paroles règlent, avec précision, l'étendue et la nature des services que peut rendre la statistique appliquée à l'étude des *actes de la vie*.

Rapport de candidature.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, M. le D^r Bigot, médecin directeur de l'asile de Vaucluse, sollicite l'honneur de faire partie de la Société médico-psychologique.

Quoiqu'il soit dans vos usages de ne pas écouter de rapport de candidature le jour de votre séance solennelle, votre commission, composée de MM. Legrand du Saulle, Foville et moi, a pensé cependant qu'il y avait lieu de faire, pour une fois, une dérogation à cette règle, et que ce serait donner à notre confrère un témoignage de votre estime, en ne retardant pas le moment de son admission parmi vous, si, comme nous l'espérons, votre vote vient à la ratifier.

Les titres de M. Bigot justifient notre proposition. Entré dans l'administration des asiles d'aliénés, après avoir été médecin de marine, M. Bigot a été successivement médecin de l'asile de Léhon, directeur de celui de Bordeaux, médecin-directeur des asiles de Bonneval et de Châlons. Depuis quelques mois, il occupe la situation enviable de médecin-directeur de l'asile de Vaucluse, devenue vacante par la

retraite prématurée de notre éminent confrère, M. le Dr Billod.

Les titres scientifiques de notre confrère, vous les connaissez. Vous avez tous lu et apprécié son important ouvrage sur *les périodes raisonnantes de l'aliénation mentale*, dans lequel l'auteur a abordé l'un des problèmes les plus complexes et les plus difficiles de la pathologie mentale. Si je ne devais me borner à un rapport sommaire, j'aimerais, quoique j'eusse à faire bien des réserves sur ses conclusions, à vous faire ressortir les mérites de ce livre, que l'auteur, suivant la parole d'un de nos maîtres, « a mis au service d'une idée, et dans lequel il se montre « un chercheur » amoureux de la découverte et curieux des aventures. »

D'autres travaux, de moindre portée, et notamment un mémoire, paru en 1873 dans les *Annales*, sur *l'effet calmant de la teinture de digitale à petite dose, spécialement dans l'agitation maniaque épileptique*, dénotent l'activité scientifique et les habitudes laborieuses de notre confrère, auquel votre commission propose de décerner le titre de membre titulaire de la Société médico-psychologique.

A l'unanimité des membres présents, M. Bigot est élu membre titulaire.

COMMISSIONS DES PRIX.

Rapport sur le prix Esquirol.

M. J. VOISIN. — Messieurs, la Société a reçu cette année un seul mémoire pour le prix Esquirol. Ce travail qui a pour épigraphe : « *Consuetudine oculorum assuescunt animi, neque admirantur, neque requirunt rationes earum rerum, quas semper vident,* » et pour titre : *De la coexistence de l'hystérie et de l'épilepsie avec manifestations distinctes des deux névroses* (hystéro-épilepsie à crises distinctes) considérées dans les deux sexes et en particulier chez l'homme, a été soumis à l'examen d'une commission composée de MM. Baillarger, Lunier, Mitivié, Falret et J. Voisin, rapporteur.

Disons tout de suite que ce mémoire, composé de 59 pages et de 18 observations dont la plupart sont personnelles, est un recueil de faits parfaitement choisis, dénotant déjà une grande habitude d'observation et des connaissances médicales assez étendues. Il a le mérite de démontrer clairement

l'hystérie chez l'homme et sa coexistence avec l'épilepsie sous des formes variées dans les deux sexes. Toutes les combinaisons de coexistence de ces deux névroses admises par l'auteur, ne sont pas péremptoirement établies par des observations ; mais nous devons lui savoir gré d'avoir essayé de donner une description méthodique du groupement de ces deux affections.

Après un historique très succinct de la coexistence de l'hystérie et de l'épilepsie chez la femme et la définition de l'hystéro-épilepsie (*hysteria major*), telle que nous la comprenons depuis les leçons magistrales de M. Charcot, l'auteur aborde le chapitre de la coexistence de l'hystérie et de l'épilepsie chez l'homme et montre d'après les relevés faits à l'hospice de Bicêtre que l'hystérie existe chez l'homme, et que cette maladie qui est considérée comme très exceptionnelle est assez fréquente puisqu'il arrive à la proportion de 1/20 tandis que Beau, à la Salpêtrière, était arrivé à la proportion de 1/4. Les divers modes de coexistence de l'hystérie et de l'épilepsie chez la femme, ont été résumés par Charcot, dans ses leçons sur les maladies du système nerveux, en quatre paragraphes qui sont les suivants et que l'auteur du mémoire adopte également pour l'homme, tout en y ajoutant un cinquième paragraphe pour les cas à crises mixtes c'est-à-dire pour ceux où l'hystérie et l'épilepsie sont confondues. — Voici ces quatre paragraphes :

1° Hystérie survenant chez un sujet déjà épileptique.

2° Accès d'épilepsie survenant chez un sujet préalablement hystérique.

3° Hystérie convulsive coexistant avec des vertiges épileptiques.

4° Épilepsie se surajoutant à des accidents d'hystérie non convulsive (contracture, anesthésie, etc.).

Avant de passer en revue chacune de ces combinaisons morbides chez l'homme et chez la femme, l'auteur nous donne la relation d'une observation d'hystérie chez un garçon de 13 ans ayant des troubles de la sensibilité, des zones hystérogènes et des troubles convulsifs se rattachant exclusivement à l'hystéro-épilepsie. Cette observation, prise avec soin, est une description méthodique des attaques de la grande hystérie, montrant l'identité de la maladie dans les deux sexes et pouvant servir à renverser la

doctrine ancienne de l'hystérie fondée sur l'origine génitale de la maladie.

Dans le § 1^{er} : *hystérie survenant chez un épileptique*, nous voyons que l'hystérie se développe généralement dans les deux sexes au moment de la puberté; que les attaques hystériques sont bien distinctes des accès épileptiques; qu'elles sont précédées d'aura, qu'elles ne s'accompagnent jamais d'élévation de température, qu'elles se présentent souvent par séries et que même après ces séries d'attaques il existe toujours une intégrité complète de l'intelligence et qu'enfin cette hystérie, apparue après l'épilepsie, tend à disparaître la première en laissant l'épilepsie évoluer seule. Les huit observations données à l'appui de cette théorie sont convaincantes, mais elles pèchent par quelques omissions. Ainsi la température n'y est pas relatée, ni l'effet produit par la compression des points hystérogènes. L'auteur cependant reconnaît leur importance, puisqu'il les mentionne dans le diagnostic différentiel. J'aurais voulu aussi voir discuter le diagnostic de l'épilepsie alcoolique, d'autant plus que, dans l'observation 6, on signale les attaques hystériques surtout après les excès de boisson.

L'intégrité complète de l'intelligence après les attaques d'hystérie ne me paraît devoir être admise que sous toute réserve, car si nous raisonnons par analogie nous devons conclure qu'il peut y avoir chez les hommes comme chez les femmes des troubles intellectuels, des perversions morales, des modifications de caractère, des mauvais instincts, etc.

Dans le paragraphe suivant : *accès d'épilepsie survenant chez un sujet préalablement hystérique*, l'auteur n'apporte aucun fait personnel à l'appui de cette combinaison des deux névroses. A l'exemple des auteurs anciens, Willis, Hoffmann, Van Swieten, il l'admet tout en reconnaissant qu'elle doit être très rare. Il rapporte une observation de Briquet et, à ce sujet, il fait remarquer judicieusement que les symptômes d'épilepsie que l'on remarquait alors peuvent bien être ceux de la phase épileptoïde de l'hystéro-épilepsie, d'autant plus qu'à cette époque on ne connaissait pas comme aujourd'hui cette affection.

Dans le chapitre : *hystérie convulsive coexistant avec des vertiges épileptiques*, nous lisons trois observations concluantes dont deux personnelles parfaitement rédigées.

L'auteur, en terminant ce paragraphe, se demande s'il n'y aurait pas lieu de distinguer le vertige épileptique du vertige hystérique et il réserve ce travail pour plus tard. Je regrette qu'il ne l'ait pas abordé tout de suite, car cela eût encore donné plus d'originalité à son mémoire.

Le paragraphe 4 : *accès d'épilepsie survenant chez un sujet présentant seulement quelques accidents hystériques non convulsifs (hystérie locale)*, n'est reproduit que pour mémoire, l'auteur n'ayant pas d'observations à produire.

Enfin, le dernier paragraphe est consacré aux cas à crises mixtes, dans lesquels l'hystérie et l'épilepsie sont confondues mais non combinées, de telle sorte qu'on puisse croire avoir affaire à l'hystéro-épilepsie. Quoique les observations rapportées soient relatives à des faits qui se sont passés en 1843, époque à laquelle on ne connaissait pas l'hystéro-épilepsie comme entité morbide, il n'est pas douteux, quoique nous n'ayons pas la marche de la température dans ces observations, que les malades aient été atteints de la coïncidence et non de la coexistence de ces deux névroses. Dans ce cas, l'épilepsie domine la scène, la stupeur et le coma succèdent aux crises convulsives et la déchéance intellectuelle se produit graduellement. Les symptômes hystériques se bornent à la strangulation, l'anxiété précordiale et aux hallucinations de la vue et de l'ouïe que l'auteur met sur le compte de l'hystérie mais qui peuvent être également attribuées à l'épilepsie.

En résumé, Messieurs, j'estime que ce travail est celui d'un homme consciencieux et travailleur et que pour ces raisons, malgré ses desiderata, il mérite vos suffrages.

Après la lecture de ce rapport, votre commission, Messieurs, fut d'avis de décerner le prix Esquirol à l'auteur de ce mémoire et de renvoyer son travail au comité de publication.

Il est ensuite procédé à l'ouverture du pli cacheté renfermant le nom du lauréat et nous trouvâmes : M. d'Olier, interne à l'hôpital Saint-Antoine.

Or, Messieurs, d'Olier est mort victime de son dévouement au mois de février dernier d'une fièvre typhoïde contractée dans l'exercice de ses fonctions à l'hôpital Saint-Antoine, emportant dans la tombe les regrets et l'estime de tous ceux qui l'ont connu. Puisse cette nouvelle distinction

être un adoucissement à la douleur de son malheureux père!

M. COTARD, au nom de la famille, adresse à la Société les plus sincères remerciements pour les témoignages de vive sympathie dont M. d'Olier a été l'objet de la part de la Société.

Rapport sur le prix Aubanel.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, la Société médico-psychologique a l'heureux privilège de pouvoir chaque année offrir des récompenses aux travaux qui viennent solliciter ses suffrages. Grâce à la générosité des descendants d'Esquirol, le prix qu'il avait fondé peut être donné, comme par le passé, aux jeunes gens qui débudent dans la carrière; il est fait pour encourager leurs essais. Le prix que nous devons à la libéralité posthume d'Aubanel a d'autres visées; il s'adresse aux travailleurs de longue haleine; il sollicite les recherches patientes et originales; il s'offre à ceux qui, dans le domaine de la science mentale, croient avoir trouvé un aperçu nouveau et fécond.

Comment se fait-il cependant que les concurrents soient si rares, qu'ils montrent si peu d'empressement à cueillir les lauriers que nous leur offrons? Les médecins qui sont à la tête de nos asiles d'aliénés sont nombreux; les loisirs ne leur manquent pas; ils sont chaque jour en face de tous les problèmes que pose l'étude de l'homme aliéné. Beaucoup d'entre eux sont jeunes, et ont, je pense, l'amour de la science, et le légitime désir de s'y faire un nom. Pourtant c'est à peine si, le plus souvent, un ou deux mémoires viennent répondre à votre appel!

Cette année, Messieurs, vous avez reçu deux mémoires que vous avez soumis à l'examen d'une commission composée de MM. Billod, Dagonet, Dally, Foville et moi. C'est à moi qu'ont été confiées les fonctions toujours délicates et difficiles de rapporteur.

J'imagine que le rapporteur d'un concours comme celui que nous avons à juger, doit aborder sa tâche avec bienveillance; il est en présence de travaux qu'*a priori* il juge sérieux; l'effort à lui seul lui paraît respectable; il sait gré aux concurrents inconnus de s'être adressés à la Société dont il est l'organe. Il est tout disposé à mettre en lumière tout ce qui lui paraît louable, et à voiler discrète

tement les défaillances, qui, dans une œuvre même excellente, ne sauraient faire défaut. Et quand ce rapporteur se souvient que, lui aussi, il a jadis tenté la fortune de ces concours, quand il se rappelle avec quelle anxiété il attendait le jugement de ses maîtres, combien leurs suffrages lui ont donné de confiance et de courage, croyez que d'avance il s'était promis d'être un critique équitable et indulgent, tout en restant l'interprète fidèle de la commission qui l'honore de sa confiance.

Le malheur a voulu, Messieurs, qu'en traduisant les sentiments de votre commission, j'aie eu plus à blâmer qu'à louer. Ma tâche a été pénible, vous allez en juger.

Le mémoire n° 4 a 37 pages de texte et 44 pages d'observations. Il a pour titre : *Du rôle du grand sympathique dans la pathogénie des illusions et des hallucinations.*

L'auteur se propose d'étudier « les relations de causalité » et de subséquence qui peuvent exister entre les lésions « matérielles ou dynamiques du système nerveux ganglionnaire, et les illusions et hallucinations qui constituent le » chapitre sinon le plus important, du moins le plus apparent des vésanies.

» Il a été conduit à aborder cette thèse par l'observation » de certains phénomènes (hyperthermie, hypercrinie, hypéresthésie) qui coïncidaient avec les manifestations illusoi- » res ou hallucinatoires. »

Enfin, « il lui a semblé que ces pseudo-sensations (les » illusions et les hallucinations) avaient leur origine dans » les troubles de la vie végétative auxquels sont exposés » les organes des sens. »

» La perturbation fonctionnelle lui a paru être la conséquence de la perturbation nutritive de ces différents organes. »

Et la preuve, c'est que « de nos jours il a été établi que » les forces purement physiques sont convertibles en forces nerveuses, puis en forces mentales, ou faits de conscience, et réciproquement. »

Ces préliminaires posés, l'auteur ajoute ceci : « Etant donnée la faible capacité des foyers récepteurs par rapport » à l'étendue du système nerveux périphérique, il est rationnel d'admettre qu'une modification physique, quelle » qu'elle soit, ne sera pas enregistrée dans sa plénitude » par le sensorium, mais seulement sous une forme résu-

» mée; ce sera, ajoute-t-il, une photographie réduite d'un
» tableau de grand format. »

Et pourquoi cela ? Quand nous observons les malades, et c'est par là qu'il faut toujours commencer, nous ne manquons pas de constater que le rapport entre l'impression périphérique et la perception centrale ne saurait jamais se réduire à une équation algébrique. L'impression à la périphérie peut être très forte, et la perception centrale faible ou nulle, cela est vrai. Mais que de fois ne voyons-nous pas un souffle à la périphérie déterminer un orage dans les centres ? Tout dépend de l'état dans lequel se trouvent les différentes parties du système nerveux.

Cette objection, faite en passant, montre l'inconvénient de vouloir généraliser d'une façon trop hâtive.

Avant d'aborder le point de pathologie qu'il se propose d'étudier, l'auteur étudie en quelques pages le rôle physiologique du grand sympathique. Résumant les diverses opinions successivement émises par les physiologistes, opinions contradictoires, comme vous le savez, il n'admet ni que le grand sympathique forme un centre nerveux indépendant, vivant de sa vie propre, ni qu'il tire toute son activité des centres cérébro-spinaux. Il s'arrête à une opinion mixte : sans être tout à fait indépendant, le grand sympathique « est cependant doté de prérogatives spéciales, et il exerce *motu proprio* une influence de premier ordre sur les phénomènes qui s'accomplissent au sein de l'économie. Toute impulsion, ajoute-t-il, ayant pour but un acte organique, ne peut être efficace qu'à la condition de passer par la main du grand sympathique (!) qui a, sinon le monopole exclusif, du moins la réglementation des actes nutritifs, et notamment de la vascularité. »

C'est là le point de départ du mémoire : « le grand sympathique régit la circulation sanguine par l'intermédiaire de ses rameaux que Schiff et Claude Bernard ont appelés *vaso-moteurs*. En outre, il est par excellence l'agent d'expression de nos sentiments. Il intervient dans les actes nutritifs comme dans les actes émotionnels dont il est l'écho et le traducteur. »

Jusqu'ici, Messieurs, nous avons laissé la parole à l'auteur ; il importait d'établir ses prémisses. Que ses théories physiologiques soient discutables, cela ne prouve pas qu'elles doivent être rejetées. Nous n'avons pas à prendre

parti pour ou contre. Notre tâche doit se borner à rechercher si elles ont fourni à l'auteur un terrain solide pour ses théories. Que veut-il nous prouver ? Que les illusions et les hallucinations sont les symptômes de certaines lésions vaso-motrices du système nerveux ganglionnaire ? Il s'agit de voir s'il apporte la preuve.

Avec le chapitre I nous entrons dans le vif de la question. Il est intitulé : *Hypoplégie*. — *Illusions*. Suivant l'auteur, l'*hypoplégie* est un certain degré d'asthénie vaso-motrice : c'est un diminutif de la paralysie complète qu'il appelle *Otoplégie*, et dont il sera question au chapitre II. L'*hypoplégie* produit l'illusion ; l'*otoplégie*, disons-le par avance, détermine l'hallucination. Théorie simple, facile, séduisante, au moins pour celui qui l'a inventée, et tranchant, par son originalité, avec les idées qui ont généralement cours. Jusqu'alors nous connaissions tous un certain nombre d'illusions et d'hallucinations, dont nous cherchions l'origine dans le grand sympathique : elles formaient un groupe spécial, et nous les distinguions de celles qui nous paraissent dépendre des organes des sens. Dorénavant il faudra croire que toute illusion et toute hallucination est due à des troubles vaso-moteurs, et par conséquent que le grand sympathique est toujours et seul coupable.

Pour examiner cette théorie de plus près, il faut, comme le fait le mémoire, commencer par établir les conditions de la sensation normale. Elle se compose, nous le savons, d'une impression périphérique, transmise par un nerf conducteur, et recueillie par un centre nerveux (couches optiques ou capsule interne, peu importe pour le moment). Ces trois éléments suffisent pour la perception brute, physiologique. Mais pour qu'il y ait perception réellement consciente, signification mentale de l'image, il faut un quatrième organe, que nous plaçons dans la couche corticale des hémisphères cérébraux. Voilà donc quatre organes mis en jeu dans toute sensation. Quand ces organes fonctionnent d'une manière normale, nous avons une idée en rapport avec l'objet.

Il est parfaitement évident que, si l'un ou l'autre de ces quatre facteurs fonctionne mal, la sensation est troublée ou faussée : et jusqu'à présent il avait toujours semblé que la sensation ne pouvait être qu'augmentée, diminuée ou pervertie. Telle n'est pas l'opinion de l'auteur, qui croit que

» les sensations peuvent être modifiées dans leur fréquence,
 » leur intensité, leur rythme. Ces modifications sont, chacune
 » dans leur sens, le point de départ des perceptions difficiles,
 » lentes, rapides, confuses, amoindries, exagérées, irrégu-
 » lières. »

Il n'aurait pas été hors de propos d'apporter dans le débat quelque précision, de nous dire, par exemple, en quoi consiste le rythme ou la fréquence d'une sensation. Admettons cependant que ce langage soit aussi clair pour nous que pour celui qui l'emploie, et cherchons à nous orienter dans ses déductions.

Les causes qui peuvent troubler la sensation normale sont nombreuses et variées ; mais parmi ces causes il en est une à laquelle notre auteur s'attache de préférence, c'est l'hypoplégie vaso-motrice, qui détermine l'hypérémie, l'hyperthermie, les hypersécrétions, l'hypéresthésie. Suivent de longues considérations pour prouver combien l'hypoplégie est fâcheuse, combien elle bouleverse le mécanisme sensoriel. Il y aurait bien des réserves à faire à cet exposé, mais il faut se borner ; ce rapport doit avoir des limites ; arrivons au nœud même de la question, à l'illusion, car l'auteur, il faut sans cesse se le rappeler, veut nous prouver que l'hypoplégie détermine l'illusion.

Il est regrettable qu'ici ne se trouve pas une définition claire et précise de l'illusion : l'auteur paraît avoir sur ce sujet des idées toutes spéciales et qui ne ressemblent guère à celles qui ont cours dans la science. Que signifie la phrase suivante :

« L'illusion proprement dite, à laquelle on songe tout
 » d'abord, ne survient qu'après une série de phases pré-
 » monitoires, dont la plus marquante est la suractivité sen-
 » sorielle, et qui forment la période de transition entre le
 » point culminant de la sensibilité normale et la limite
 » inférieure de l'hypéresthésie hypoplégique. »

Et il y a toute une page de ce style ! C'est ce que l'auteur appelle des généralités fondamentales !

N'y avait-il pas moyen de s'expliquer plus clairement ? Que s'agit-il de démontrer ? Que l'illusion est due à une lésion du grand sympathique, se traduisant par l'hypoplégie vaso-motrice. Dès lors il fallait commencer par établir l'existence même de cette hypoplégie, et celle-ci étant rendue bien évidente, nous prouver que chaque fois qu'elle

existe, il y a des illusions, et non pas autre chose, comme par exemple de la douleur ou de l'anesthésie. Encore convenait-il de ne pas oublier que dans l'illusion de l'aliéné — puisque c'est d'elle qu'il s'agit — il y a non seulement un fait sensoriel, mais encore un acte intellectuel — ce dont l'auteur ne paraît pas s'être avisé.

Et même alors, je doute que nous eussions jamais pu nous entendre, lorsque je lis cette étonnante fin de chapitre : « Nous n'avons étudié l'illusion que comme sensation » prolongée, renforcée, primée par la surexcitation morbide dont nous avons indiqué l'origine; on peut alors la » définir : une association non discernée des phénomènes » objectifs et subjectifs. Mais nous devons l'envisager également comme sensation transformée. A ce point de vue, » l'impression subjective n'est plus en rapport d'infériorité » ou d'égalité avec l'impression objective, elle devient prédominante, et cette dernière restant au second plan, est » quasinoyée dans les influx nerveux développés par la première. Celle-ci, en raison de sa prépondérance, donne lieu » à une sensation presque entièrement fictive, pervertie; » c'est encore une illusion, mais une illusion plus complète » qui s'éloigne davantage de la sensation vraie pour graviter vers l'hallucination. »

L'auteur paraît considérer l'hallucination comme le degré le plus élevé de l'illusion; mais où est la preuve? Quand il dit que dans l'hallucination nous trouvons la même trilogie morbide que dans l'illusion, à savoir le collapsus vaso-moteur, l'exagération trophique et l'hypéresthésie, il formule une proposition dont nous voudrions lui voir apporter un semblant de démonstration.

Ce que nous savons, c'est que l'hallucination apparaît comme une sensation complète, quoiqu'il n'y ait pas d'objet impressionnant : l'un des quatre facteurs que nous avons énumérés plus haut manque absolument. Il faut donc admettre que l'appareil sensitif entre en action spontanément, automatiquement, — et l'on peut à la rigueur supposer que l'incitation se produise soit à la périphérie, soit dans un des centres. Mais il est un fait capital, sans exception, c'est que dans l'hallucination il n'y a jamais rien de neuf; ce n'est jamais qu'une sensation autrefois perçue, qui se reproduit indéfiniment, contre la volonté du malade, et sans que l'objet extérieur, qui a produit la sensation

primitive, vienne stimuler à nouveau la périphérie. Que les vaso-moteurs jouent un rôle dans le phénomène, nous ne le nions pas, puisque nous n'en savons rien ; mais si l'on veut nous en convaincre, il faudrait apporter des arguments autres que des considérations comme celles-ci : « La perception étant l'œuvre commune du sujet sentant et de l'objet senti, c'est dire que les états internes et les phénomènes extérieurs doivent converger l'un vers l'autre. Or leur terrain de rencontre, de fusion, est le système nerveux périphérique, et toute influence étrangère qui s'exerce sur ce dernier, compromet nécessairement l'action des causes externes et l'aptitude sensuelle (*sic*) ; l'acte perceptif qui est la résultante des deux facteurs est en même temps la synthèse de cette double compromission qu'elle exprime par un phénomène hallucinatoire. »

Dans un dernier chapitre intitulé *Proposition*, il y a quelques considérations thérapeutiques, qui ont du moins le mérite d'être fort courtes. La méthode de traitement que l'auteur préconise, on la devine : puisque tout le mal vient d'une asthénie vasculaire, il n'y a qu'une chose à faire, c'est « de s'adresser aux agents qui sont capables de rétablir la tonicité des vaso-moteurs et de rendre aux artères leur pouvoir systolique. » En première ligne vient l'atropine, qui est « le tonique vaso-moteur par excellence », puis l'ergotine, le bromure de potassium, l'arsenic.

L'auteur a-t-il obtenu des résultats de ces différents moyens de traitement ? c'est ce qu'il ne dit pas ; et dans les sept observations qu'il donne à l'appui de sa thèse, nous avons en vain cherché la thérapeutique employée. Ces observations sont peut-être la partie la plus faible du mémoire ; elles ne prouvent absolument rien. L'auteur pense-t-il que parce que, sur chacun de ses sept malades, il a pris la température dans l'aisselle, dans le pli de l'aîne, et aux oreilles, il a démontré que les hallucinations tiennent à l'asthénie vasculaire ? Il oublie que l'hypoplégie et l'oloplégie vasculaires donnent de l'hyperthermie, et il se trouve que chez six de ses malades les températures sont normales ou même hypo-normales ! Suffit-il d'ailleurs d'appliquer une seule fois le thermomètre sur un malade pour en tirer une conclusion relative aux modifications thermiques dont il est susceptible ?

Nous ferons à l'auteur un dernier reproche. Il a trouvé le moyen d'écrire longuement sur les illusions et les hallucinations, sans citer, même une seule fois, aucun des travaux si nombreux et si importants, qui, depuis Equirol, ont été consacrés au même sujet. Est-il permis de faire ainsi table rase du passé? Certes, s'il avait étudié les théories proposées avant lui, il ne les aurait pas jugées indignes d'une discussion sérieuse et approfondie, et il se serait montré plus réservé dans ses déductions.

Le mémoire n° 2 a pour titre : « *Nouvelles études cliniques sur le délire des grandeurs. — Alcoolisme expansif.* » — Ce mémoire a un défaut capital : copié par une main inexpérimentée, il fourmille de fautes d'orthographe et de fautes de ponctuation ; le style lui-même laisse fort à désirer. Aussi est-il d'une lecture difficile et pénible. L'auteur se devait à lui-même et il devait à ceux qui étaient appelés à le lire, de leur rendre la tâche plus attrayante. Le mérite de ses recherches se serait fait jour plus facilement. Quoi qu'il en soit, passons sur ces imperfections et voyons comment il a compris et traité son sujet.

Dans une introduction assez courte, l'auteur résume, ou du moins croit résumer les phases diverses par lesquelles a passé le délire des grandeurs. Cette introduction ne saurait avoir la prétention de donner, même par à peu près, un historique de la question ; l'auteur lui-même s'en défend du reste : « Nous ne referons pas, dit-il, l'historique du » délire des grandeurs ; Foville, dans son mémoire, s'est » chargé de ce soin avec un talent d'érudition que nous ne » saurions égaler. » Nous n'aurons garde de le blâmer de cet aveu modeste. Mais, puisqu'il voulait écrire un chapitre d'introduction, pourquoi ne pas le faire complet ?

Dire qu'après les travaux de Bayle on s'était habitué à ne considérer le délire ambitieux que comme un symptôme de la paralysie générale ; — que plus tard on avait dû renoncer à cette opinion exclusive, et qu'avec Foville il avait fallu admettre deux espèces de délire ambitieux, l'un, coordonné, systématique, pour la mégalomanie ; — l'autre, enfantin, variable, mobile, pour la paralysie générale ; — ajouter enfin que depuis le travail de Foville une troisième période s'est ouverte, dans laquelle le délire des grandeurs devient « le symptôme d'états pathologiques de plus en » plus variés, parmi lesquels vient se ranger l'alcoolisme, »

— c'est avancer des opinions pour le moins contestables, c'est renoncer à toute précision scientifique. Ce n'est pas ainsi que l'on traite un problème historique de cette importance. Il aurait fallu prendre la question de plus haut, avant Bayle et la découverte de la paralysie générale; il aurait fallu la suivre aussi bien dans les travaux inspirés par les idées de Bayle que dans ceux qui ont combattu ce qu'elles avaient d'exclusif. Le mémoire de M. Foville offrait un excellent modèle à suivre. Mais, puisque, depuis ce mémoire, la science a marché, — c'est l'auteur qui le dit, — puisque nos théories se sont modifiées, n'était-ce pas le cas de nous montrer comment et par qui ces modifications ont été introduites dans la science? Des assertions vagues, des généralités banales, ne sauraient remplacer des faits exacts et précis.

Cette introduction ne nous apprend donc rien, et, ce qui est plus grave, elle fait craindre dès le début que l'auteur ne se soit pas rendu compte de la méthode rigoureuse que comporte toute étude scientifique.

Le chapitre II est consacré à l'historique de la folie alcoolique expansive. Mais cet historique est encore très incomplet, et il s'y rencontre des assertions fort risquées. Nous n'en citerons qu'une : « L'alcool, est-il dit, ce véritable facteur de la paralysie générale! » L'auteur semble croire que les excès alcooliques sont la cause la plus fréquente de la paralysie générale. C'est là une opinion qui n'est pas nouvelle, mais les faits la contredisent absolument. Je puis en parler par expérience, moi qui précisément vois passer sous mes yeux un très grand nombre de paralytiques.

Pour en revenir à l'alcoolisme, nous ne serons pas contre-dits en affirmant que c'est une des questions sur lesquelles on a le plus écrit. On ferait une bibliothèque de tout ce que depuis trente ans a inspiré ce sujet, un des plus importants de la pathologie mentale. Et quand on vient nous dire que jusqu'aujourd'hui tout un côté de la question non seulement est resté dans l'ombre, mais même a été complètement méconnu, on est tenu, ce me semble, à aborder l'historique avec une précision et un esprit critique dont je cherche en vain les traces dans les quelques lignes que l'auteur lui a consacrées.

Encore ne faut-il pas s'imaginer que l'alcoolisme expan-

sif soit d'une constatation si facile ! Dans les considérations générales qui forment le chapitre III, il est dit « qu'il n'est » pas toujours facile de se rendre un compte exact de » l'état des malades qui en sont atteints. Cette forme morbide qui a depuis longtemps attiré notre attention nous » a convaincu que l'examen du patient laissait souvent » bien du doute et bien des erreurs dans les descriptions » des symptômes morbides qu'il présentait. »

La difficulté est même si grande, que plus d'une fois l'auteur n'est arrivé à découvrir la maladie qu'en mettant le malade sur la voie : « C'est en lui rappelant, dit-il, des » symptômes *que nous croyons devoir être survenus* chez » lui, qu'il nous a été possible de parvenir à découvrir tout » un ordre de phénomènes dont le malade lui-même » n'avait jamais révélé l'existence, et qu'il hésitait encore » à révéler, alors même qu'il était directement mis sur la » voie. »

Quand on songe combien les aliénés qui ont des idées ambitieuses sont en général expansifs et communicatifs, on ne manquera pas de s'étonner que les alcooliques expansifs fassent exception : ce n'est pas là une des moindres singularités de cette nouvelle forme morbide.

Il est permis de croire que l'auteur, sans s'en douter, s'est laissé entraîner par une vue *a priori*. Il a vu, comme nous tous, que parmi les gens qui s'enivrent, les uns ont le vin gai, ce sont les expansifs, — les autres ont le vin triste. Mais cette ivresse accidentelle, passagère, n'est pas l'alcoolisme, ni aigu, ni chronique. Dans l'alcoolisme il y a quelque chose de plus; il y a une lésion des centres nerveux, qui s'accompagne d'hallucinations de la vue tout à fait caractéristiques; ces hallucinations sont toujours de nature terrifiante. Nous défions l'auteur d'en avoir jamais constaté d'autres.

Il est un ordre de faits que l'auteur a entrevus, mais sur lesquels il a eu le tort de ne pas insister. C'est là, et là seulement qu'il pouvait trouver un terrain solide. Il a bien remarqué que l'alcool n'est pas toujours le facteur unique de la folie, que souvent il n'intervient que comme appoint. On comprend très bien, et ces cas sont beaucoup plus fréquents qu'on ne l'imagine, — qu'un individu ne se mette à boire que parce qu'il a déjà ressenti les premières atteintes d'une maladie mentale. Rien n'est plus commun que

d'observer des excès alcooliques au début de la paralysie générale, — chez des épileptiques, — chez certains imbéciles, — dans certains délires de persécutions, etc. Il est bien évident qu'alors les symptômes de l'alcoolisme se joignent à ceux de la maladie mentale déjà existante, et l'on assiste à un véritable enchevêtrement de symptômes disparates. C'est alors que l'on peut voir les idées de grandeur mêlées aux hallucinations terrifiantes. Il eût été très intéressant de chercher à analyser ces faits complexes; l'auteur aurait vu que lorsque les idées mégalomaniaques persistent, c'est malgré l'alcool, et non pas à cause de l'alcool. Cela est si vrai, que lui-même est obligé de reconnaître que « l'alcoolisme expansif à l'état de pureté et de simplicité » complète est une forme morbide assez rare; tandis qu'à « l'état de mélange il devient une forme excessivement » fréquente et dont la fréquence semble augmenter tous « les jours dans des proportions réellement surprenantes. » Ne chicanons pas l'auteur sur cette dernière assertion; assurément il est seul à y croire et il serait fort empêché d'en donner la preuve.

Les symptômes principaux de l'alcoolisme expansif aigu sont les hallucinations de la vue et de l'ouïe. Les hallucinations de la vue, qui sont à peu près constantes, ont un caractère presque invariablement religieux : « ce sont des » êtres de nature divine qui apparaissent au milieu d'une » auréole de lumière et de blancheur, au malade ébloui et » *consterné*. » (Notez qu'il s'agit d'alcoolisme expansif!) « Et là même où ce phénomène n'a pas été noté, il n'est » pas bien certain qu'il n'ait pas existé, parce que d'abord » le malade ne s'en rappelle (*sic*) pas toujours, ensuite » parce que l'aliéné n'ose ou ne veut pas toujours avouer, » même quand il est guéri, l'existence d'apparitions dont » il est parfois honteux, etc. »

Que répondre à un logicien de cette force ?

Les hallucinations auditives sont tout aussi fréquentes que celles de la vue, et, « malgré leur nature gaie, malgré » les espérances qu'elles font concevoir au malade, elles ne » laissent pas que de lui causer de l'inquiétude, souvent » même de la frayeur et de l'effroi. »

On voit les difficultés que l'auteur éprouve à établir sa thèse. Ces difficultés apparaissent à chaque page : à chaque page on pourrait relever de flagrantes contradictions. Veut-

il par exemple établir les caractères diagnostiques du délire expansif dans l'alcoolisme ? « Il ne serait peut-être pas bien » difficile, dit-il, de trouver au délire expansif de l'alcoolisme certains caractères qui le distinguassent du délire ambitieux des autres formes d'aliénation mentale ; mais ces caractères ne sauraient être que superficiels, sans grande consistance, peut-être sans valeur réelle, et ne consistent que dans des modalités différentes. »

Mais s'il en est ainsi, ses efforts sont d'avance frappés de stérilité, et nous ne voyons pas où il peut espérer d'en arriver.

En résumé, l'auteur est parti d'une idée préconçue. Il a été frappé de l'incertitude et de l'obscurité qui règnent encore dans la science au sujet de la signification réelle du délire des grandeurs, et il a eu le désir louable de porter la lumière dans ce chaos. Peut-être s'est-il exagéré le mal auquel il voulait porter remède, et l'on pourrait lui objecter que l'étude du délire des grandeurs est plus avancée qu'il ne le suppose. Il est en tout cas surprenant qu'il n'y ait pas dans tout le mémoire une seule allusion au délire mégalomaniaque qui suit certains états congestifs du cerveau.

Mais en admettant même qu'il soit dans le vrai, a-t-il choisi le bon moyen de nous convaincre ? Nous savons, ou du moins nous croyons savoir ce que c'est que l'alcoolisme ; nous connaissons un alcoolisme aigu et un alcoolisme chronique et nous savons quels en sont les symptômes. L'auteur vient nous dire qu'il y a une autre forme d'alcoolisme que jusqu'à lui personne n'avait su isoler. Il fallait donc tout d'abord établir cette nouvelle entité morbide, en nous montrant des alcooliques chez lesquels prédomine le délire ambitieux ; il fallait, en nous énumérant les symptômes somatiques, beaucoup trop négligés par l'auteur, — en même temps que les symptômes psychiques, — délimiter nettement l'espèce pathologique qu'il veut créer. Il ne suffit pas qu'un aliéné ait bu pour qu'on le range parmi les alcooliques ; il faut que les symptômes qu'il présente soient réellement sous la dépendance directe de l'intoxication par l'alcool.

Dans ses conclusions, l'auteur se flatte de l'espoir que les détails minutieux dans lesquels il est entré auront suffi à convaincre le lecteur et ne laisseront plus de doute dans son esprit.

Hélas ! Nous ne pouvons lui laisser cette illusion. Si ja-

mais l'alcoolisme expansif prend droit de cité dans la pathologie mentale, il faudra qu'il se présente avec un cortège de preuves autrement démonstratives.

Nous vous devons, Messieurs, d'entrer dans ces détails, que vous avez certainement trouvés fort longs, en raison même des critiques que nous avions à formuler. Nous serions injustes si dans les deux manuscrits soumis à notre examen nous ne signalions du travail, de sérieux efforts. Revus avec soin, complétés par de nouvelles études, étayés par la lecture attentive des travaux publiés avant eux, ces mémoires peuvent devenir le point de départ d'œuvres intéressantes. Tels qu'ils sont, il leur manque à tous deux cette méthode rigoureuse qui seule peut donner à un ouvrage scientifique un caractère sérieux et durable.

Votre commission, Messieurs, pense :

1^o Qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix Aubanel ;

2^o Qu'il n'y a pas lieu de distraire de la somme disponible une quotité quelconque à titre d'encouragement.

Telles sont les conclusions que nous avons l'honneur de vous soumettre.

Ici se termine notre tâche. Mais votre commission a pensé qu'il était de son devoir de vous signaler un certain nombre de réflexions qui nous ont été suggérées à l'occasion de ce concours. Comme nous le disions en commençant, nous ne pouvons nous expliquer que le prix Aubanel soit si peu recherché, qu'il attire un si petit nombre de concurrents ? Trois mémoires il y a deux ans, — deux mémoires seulement aujourd'hui, est-ce là ce que nous devons espérer ? Et cependant les conditions du concours sont aussi larges que possible. Toute latitude est laissée pour le choix du sujet ; rien n'en limite les développements.

Ne vaudrait-il pas mieux peut-être en revenir aux anciens errements, mettre au concours une question déterminée, nettement limitée ?

Ou bien ne serait-il pas à propos de changer complètement les conditions du concours, de dire par exemple, que le prix Aubanel serait décerné au meilleur travail imprimé publié sur les maladies mentales dans un temps déterminé ?

Une idée que votre commission a accueillie avec faveur consisterait à décerner le prix Aubanel à la meilleure thèse sur les maladies mentales, qui, dans un temps donné, aurait été soutenue devant l'une de nos facultés de médecine.

Nous n'avons pas qualité, Messieurs, pour trancher ces questions ; il nous a paru qu'elles devaient vous être soumises, qu'elles s'imposent à votre attention. Rien ne saurait nous être indifférent de ce qui peut rehausser la légitime considération qui doit entourer la Société médico-psychologique.

Les conclusions sont adoptées ; quant à la proposition de la commission, sur les modifications à apporter aux conditions du programme, elle motive de la part des membres présents différentes objections, dont la solution est confiée à une commission composée de MM. Luys, Lasègue, Legrand du Saulle, Falret, Christian.

Question de médecine légale sur un fait de vol.

M. LASÈGUE. — Je désirerais soumettre à la Société la question médico-légale suivante et connaître son appréciation.

Un homme de vingt-huit ans, ayant reçu une instruction primaire qui lui permit de prendre le diplôme d'instituteur, calligraphe à Paris, gagnant convenablement sa vie, est arrêté pour vol de paletots dans différents cafés. Or, il y a deux ans, au mois de février, il fut arrêté pour le même fait et condamné à quatre mois de prison.

Un an après, au même mois de février, nouveau vol de paletots ; condamnation à huit mois. Cette année, il se marie en janvier, et en février, il se fait de nouveau arrêter pour les mêmes faits.

Chaque fois les paletots volés étaient au nombre de dix et toujours engagés au mont-de-piété pour la somme de 6 francs chacun. Au dernier vol, il rapporta à sa femme pour mettre dans le ménage la somme de 60 francs, montant du prêt.

Je n'ai absolument rien trouvé à l'examen de ce malade : aucune hérédité, aucun symptôme physique ou psychique.

Je demande donc à la Société, si de la répétition des actes, de l'inutilité de la pénalité, etc., on peut se rejeter sur un état mental, anormal, intermittent, pour demander une pénalité mitigée ?

Les avis sont très partagés à cet égard, et la Société est aussi embarrassée que M. Lasègue. Il faudrait mettre ce malade en observation permanente et alors trouverait-on

peut-être quelques signes morbides qui ont échappé jusqu'à ce jour.

M. VOISIN. — Il y a souvent dans ces cas un fait d'hérédité, mais d'hérédité ayant sauté une génération, ainsi que j'ai eu l'occasion de l'observer.

Une dame, grand'mère, allait depuis quinze ou vingt ans passer l'été aux bains de mer : chaque année, lorsqu'elle revenait à Paris, en défaisant ses malles on trouvait des couverts volés à l'hôtel. L'hôtelier, prévenu par le fils, laissait faire. Ceci dura quinze ou vingt ans.

Le fils, homme politique, est d'une probité et d'une droiture qui ne laisse prise à aucun soupçon.

Le fils de cet homme s'est mis à voler dès son jeune âge, mais d'une manière étrange. Tout ce qu'il prenait était soigneusement rangé, étiqueté, portant le lieu, la date du vol ; il ne touchait pas à ces larcins et plus tard, par hasard, on retrouva tout dans l'ordre le plus méthodique : on n'eut qu'à restituer les objets à leurs propriétaires. Ce jeune homme était d'un caractère violent, emporté, et dans ses colères, il alla plusieurs fois à frapper avec un couteau. Il était atteint de plus de somnambulisme.

Il se pourrait que l'individu dont parle M. Lasègue se trouvât dans ces conditions. C'est là un point qu'il serait peut-être bon d'éclaircir. Dans tous les cas, tout vol accompagné de circonstances bizarres doit être étudié au point de vue médico-légal, puisqu'il a toutes les chances d'avoir été causé par un état maladif.

La séance est levée à six heures un quart.

Dr PAUL MOREAU (DE TOURS).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNÉE 1880 (suite)

Union médicale.

- 1° *Hémorrhagie ventriculaire. — Hémiplegie. — Hémianesthésie par lésions du tiers postérieur de la capsule interne. — Absence de phénomènes d'excitation musculaire (contractures, convulsions); observation recueillie par E. Gomot, service de M. Hallopeau (n° 48).*
- 2° *Contribution à l'étude des hémorrhagies survenant dans le cours de l'hystérie; par le Dr Rathery (nos 32, 35).*
- 3° *Note sur diverses variétés de transfert; par le Dr Debove (n° 33).*
- 4° *Hystérie grave. Troubles dyspeptiques, hématemèses, coliques néphrétiques et hépatiques, simulation de calculs vésicaux; par le Dr Bouloumié (n° 42).*
- 5° *La Pathogénie de l'épilepsie; par le professeur Ch. Lasègue (n° 52).*

Critique très vive de l'assertion du docteur anglais Gowers, à savoir que de toutes les causes immédiates de l'épilepsie, les plus puissantes sont les causes psychiques : la frayeur, l'excitation, l'anxiété. « Comment ! dit M. Lasègue, il serait toléré d'expliquer la plus terrible des maladies par le plus humble des ictus ? Un moment de frayeur suffirait à créer une affection cérébrale implacable ? Et ni la peur à son summum, ni la mort imminente, ni le péril suprême ne seraient de force à provoquer ultérieurement le vertige épileptique de quelques secondes, pas plus que la grande attaque ? Qu'on me cite, je ne dirai pas une série de crises, mais un seul accès déterminé par une cause morale, joie ou terreur ! »

Et en terminant, M. Lasègue affirme n'avoir jamais rencontré un cas d'épilepsie franche, qui, après enquête personnelle et sérieuse, parût avoir dû naissance à la peur ou à toute autre émotion d'aucun genre.

6° *Hémorrhagies névropathiques*, leçon du D^r Lancereaux, recueillie par le D^r Lapierre (n° 56).

Hématurie nerveuse chez une femme hystérique, à la suite d'une violente colère. — Fréquence des hémorrhagies névropathiques; caractères cliniques, marche, diagnostic et pronostic de ces hémorrhagies; conditions étiologiques et pathogéniques; indications thérapeutiques.

7° *Expertise médico-légale relative à un cas de manie simulée*; par le professeur César Vigna, de Venise (n° 57).

Observation de simulation de folie. Le rapport du professeur César Vigna, concluant à la simulation, fut suivi de la condamnation de l'inculpé à trois ans de prison. Nous relevons dans les conclusions de l'auteur le passage suivant qui mérite d'être signalé. Etant donné que la simulation n'est pas incompatible avec un état morbide, il est possible qu'un effort moral longtemps soutenu, la crainte continuelle d'être démasqué, la gravité des conséquences, le cauchemar d'un procès où se trouve mêlée toute une honorable famille, l'incertitude du résultat, etc., contribuent à ébranler le système psychique, et produisent ensuite une véritable aliénation mentale chez l'inculpé, en qui on ne saurait méconnaître l'existence de quelques phénomènes effectivement morbides.

8° *D'une variété de pneumonie (pneumonie purulente à foyers multiples), propre à l'intoxication alcoolique suraiguë*; par le D^r Maurice Raynaud (n° 61).

9° *Syphilis cérébro-spinale; paralysies multiples; guérison*; par le D^r du Cazaï (n° 75).

10° *Des rapports entre la syphilis et la paralysie générale des aliénés*; par le D^r Christian (n° 79).

Opinion de M. Christian sur cette question si intéressante et si débattue depuis quelque temps de la paralysie générale syphilitique.

4° Un auteur allemand, M. Mendel, sur 448 cas de paralysie générale, en avait trouvé 90, c'est-à-dire 76 p. 400, avec accidents secondaires de vérole. M. Christian cite à son tour la statistique suivante de M. Lewin. Sur 10,000 vénériens, traités par ce médecin, il n'y en a pas 4 pour 400 qui soit devenu aliéné, et, parmi ce petit nombre d'aliénés, il n'y en a pas eu un seul paralytique.

2° A l'autopsie des paralytiques généraux, on trouve invariablement une méningite généralisée; la méningite syphilitique, elle, c'est M. Fournier qui le dit, a pour caractère d'être habituellement partielle, c'est-à-dire circonscrite à une étendue plus ou moins limitée du cerveau, à une région.

3° Le traitement est, on le sait, la véritable pierre de touche de la syphilis. Or, et les 8 observations relatées par M. Christian viennent encore confirmer le fait, lorsqu'il y a paralysie générale, le traitement est impuissant, alors que les lésions syphilitiques les plus graves, les plus étendues, cèdent à une médication bien conduite. Bien plus, lorsqu'on soumet à un traitement anti-syphilitique un individu qui présente simultanément des symptômes de syphilis et des symptômes de paralysie générale, les premiers s'amendent ou disparaissent, tandis que les secondes ne subissent aucune modification.

4° Enfin, on n'a pu, jusqu'à ce jour, indiquer les caractères qui permettent de reconnaître la paralysie générale syphilitique.

De tous ces faits, M. Christian conclut avec MM. Bajlarger, Delasiauve, Lasègue, etc., que si la syphilis, agissant à titre de maladie constitutionnelle débilitante, et comme source de chagrins, d'ennuis, etc., peut, chez les individus prédisposés, être une cause accessoire, secondaire de paralysie générale, elle est impuissante à produire de toutes pièces cette affection.

41° *Un cas de syphilis cérébrale. — Détails anatomo-pathologiques; par le professeur A. Fournier (nos 85, 86).*

Cas curieux, dans lequel il a existé une disproportion extraordinaire entre les symptômes encéphaliques, réduits à une céphalalgie d'intensité moyenne, à quelques vertiges éphémères et à un état d'engourdissement intellectuel très peu marqué, et les lésions nombreuses et considérables trouvées à l'autopsie.

M. Fournier considère ce fait comme fréquent et même l'habituel dans la syphilis du cerveau. « La clinique, dit-il, arrive toujours en retard sur les lésions. »

42° *Note sur un cas d'empoisonnement aigu par l'eau-de-vie de marc; par le Dr Dujardin-Beaumetz (nos 409, 414).*

Absorption en état d'ivresse, et après une tentative d'homicide sur ses enfants, d'un litre d'eau-de-vie de marc marquant 50° centigrades. Collapsus; mort douze heures après.

Autopsie; lésions liées à l'empoisonnement aigu et à l'alcoolisme chronique; rien de particulier dans l'encéphale, à part un peu d'œdème de la pie-mère.

13° *De l'élongation des nerfs dans l'ataxie locomotrice*; par le Dr Debove (nos 165, 166).

Article dans lequel M. Debove rapporte les observations dont nous avons plus haut donné la substance, et qui prouvent l'efficacité de l'élongation des nerfs dans l'ataxie locomotrice.

14° *Observation d'hémi-athétose avec aphasie*; par le Dr du Cazal.

Gazette hebdomadaire

1° *Du traitement du delirium tremens par l'alcool*; par le Dr Deshayes (n° 24).

L'auteur reste convaincu, pour le moment, que le remède à opposer au delirium tremens, chez les alcoolisés de vieille date, tout au moins, est l'alcool lui-même.

2° *De la claustrophobie*; par le Dr Ritti (n° 4).

Analyse du mémoire lu par M. le professeur Ball sur ce sujet à la Société médico-psychologique, et inséré dans les *Annales* (n° de novembre 1879).

3° *Délire épileptique. Coexistence chez un épileptique d'un double délire: l'un chronique avec idées de persécution, l'autre de nature mystique, passager et consécutif aux attaques*; par le Dr Garnier (n° 9).

4° *La responsabilité en matière criminelle*; par B. et A. D. (n° 33).

Après avoir répondu à certains articles de la presse, peu à l'honneur des médecins psychologues, les auteurs de l'article démontrent que certains criminels, absolument sains d'esprit pour le public, n'en sont pas moins réellement des aliénés, et à ce titre irresponsables, alors même que leur impulsion homicide n'a été que de courte durée. Que faire de ces individus, alors que consécutivement au crime commis, ils ne manifestent pendant longtemps aucun trouble intellectuel dans les asiles où ils sont internés? Les auteurs concluent à la nécessité de la création d'asiles spéciaux de surveillance et de colonies agricoles pour cette catégorie de malades.

5° *Du spasme laryngé dans l'ataxie locomotrice ;*
par le D^r Krishaber (n° 41).

6° *Sur les abcès de foie, leur association avec l'hypochondrie*
et leur traitement ; par le D^r Hénocqué (n° 48).

Analyse d'un mémoire sur ce sujet lu par le professeur Hammond à la Société neurologique de New-York. Le professeur Hammond, s'appuyant sur plusieurs observations personnelles, a montré que les abcès du foie pouvaient s'accompagner d'un état plus ou moins marqué de mélancolie ou d'hypochondrie, et que la ponction de l'abcès, en guérissant le mal local, déterminait consécutivement la disparition des accidents intellectuels. Poussant les déductions de ce fait au delà peut-être des limites permises, le médecin américain conseille, dans tous les états d'hypochondrie ou de mélancolie, d'explorer avec soin la région du foie ; et même, si la fluctuation ne peut être perçue, ou si aucun autre signe d'abcès n'est découvert, l'aspiration, étant une opération sans danger, devra être pratiquée.

7° *Lésions anatomiques et mécanisme de l'athétose ;*
par le D^r Brissaud (nos 49 et 50).

Qu'il s'agisse d'hémichorée ou d'hémiathétose, que l'un et l'autre de ces symptômes s'accompagnent ou non de contracture, qu'ils soient permanents ou transitoires, la lésion anatomo-pathologique en est toujours la même ; elle consiste dans l'existence d'un foyer voisin de la capsule interne, irritant le faisceau pyramidal, et agissant ainsi à distance sur les cornes antérieures de la moelle, de façon à exagérer les phénomènes de tonicité qui président à l'équilibre normal des muscles. Si le foyer en question a détruit quelques fibres du faisceau pyramidal, le phénomène spasmodique sera presque toujours l'hémichorée, comme dans le cas d'hémorrhagie postérieure de la capsule. Si, au contraire, la capsule est intacte, et si ses connexions avec les ganglions sont seules interrompues, le résultat symptomatique de cette altération sera le plus souvent l'athétose.

Les mouvements de l'athétose sont localisés aux petites articulations, ceux de l'hémichorée se produisent au niveau de toutes les jointures. La raison de cette différence consiste en ceci que les articulations des doigts et des orteils sont beau-

coup plus mobiles que celles du coude, du genou, de l'épaule. Or, comme l'hémichorée se produit dans les cas où la lésion est toujours plus profonde et plus importante que dans les cas d'athétose, il va de soi que l'irritation spinale déterminera des réactions musculaires plus brusques et plus intenses que celles de l'hémiathétose. Encore faut-il considérer que l'hémiathétose peut, sous l'influence de mille circonstances, se transformer en hémichorée, ce qui suffit à démontrer, même en dehors de toute assimilation anatomo-pathologique, l'identité absolue de ces deux phénomènes.

Journal des connaissances médicales.

1° *De la déviation conjuguée des yeux et de la rotation de la tête par excitation ou paralysie des 6^e et 11^e paires, leur valeur en sémiotique encéphalique au point de vue anatomique et physiologique; par le docteur Landouzy (n° 24).*

2° *Sur le traitement de rhumatisme viscéral par la méthode réfrigérante; par le docteur Maurice Raynaud (n° 51, 52, 53).*

Il est aisé de distinguer, dans le rhumatisme cérébral, deux catégories de symptômes : les symptômes psychiques et les symptômes somatiques. 1° Très fréquemment, le délire revêt la forme de l'agitation maniaque, d'autres fois celle de la mélancolie avec stupeur, ou encore la forme hypochondriaque, dépressive, et enfin, ce que les Anglais appellent *moral insanity*, c'est-à-dire la perversion des sentiments et des instincts. Non seulement toutes ces formes de délire peuvent se rencontrer dans le rhumatisme cérébral, mais on les voit souvent se succéder les uns aux autres chez le même malade. Leur aboutissant commun, c'est le coma. 2° Peu de troubles du côté de la sensibilité, à part une céphalalgie dont on a exagéré l'intensité, et une insomnie, qui est absolue dans la période d'état. Du côté de la motilité, il peut survenir des spasmes toniques très irréguliers ou des accès tétaniformes, du pharyngisme analogue à celui de la rage, de la carphologie, du soubresaut des tendons, une trépidation générale, etc.

Les bains froids appliqués méthodiquement dans le rhumatisme cérébral hyperthermique, triomphent de tous les accidents. Symptômes psychiques, symptômes somatiques, tous cèdent tôt ou tard à l'emploi de ce traitement.

Gazette des Hôpitaux.

1° *Lésions corticales des hémisphères cérébraux. — Des principales lésions corticales; détermination de la zone latente et de l'aire motrice. — Paralysies d'origine corticale du membre supérieur (monoplégies brachiales); par le docteur Brochin, (n° 40).*

Revue des travaux publiés récemment sur ce sujet, et en particulier des thèses inaugurales de MM. H. de Boyer et Gaston Decaisne.

2° *Paralysie alterne; tumeur du bulbe; par le professeur Potain (n° 48).*

3° *La guérison de l'épilepsie à Saint-Petersbourg et à Moscou; par le docteur Mikeleff (n° 40).*

Conclusions de l'article : « Je compte à coup sûr, dans ma pratique spéciale, à la vérité fort active, deux cents guérisons définitives et un nombre considérable d'améliorations prolongées, de suspensions d'un an ou de dix-huit mois, par exemple, à l'aide du sirop de Henry Mure. En le disant, je fais acte de justice. »

4° *Ataxie locomotrice présentant des anomalies; par le docteur Brochin (n° 48).*

5° *De l'épilepsie jacksonienne, leçon de M. Hardy, recueillie et rédigée par M. J. Ortiz, Coffigny (n° 57);*

Observation d'épilepsie partielle, consécutive à un traumatisme du crâne. Le malade s'améliora à la suite de l'application d'un séton à la nuque, et, quant aux attaques, précédées par une aura partant des doigts de la main droite, on pouvait les prévenir par la constriction du poignet du même côté.

6° *Catalepsie à forme insolite succédant à une chorée chez une hystérique, par M. Hardy, (n° 91).*

7° *Cas d'hystéro épilepsie chez l'homme, service de M. Desnos, observation recueillie par M. Ledoux, n° 446.*

8° *Leçons sur les hallucinations et les illusions, par M. Luys, nos 440, 442, 443, 449).*

Lésions intéressantes trouvées par M. Luys dans les cerveaux d'hallucinés. Les lésions de l'écorce sont hypertrophiques ou atrophiques. Hypertrophiques, elles portent surtout sur le lobe paracentral, qui présente une saillie anormale, soit d'un seul côté, soit des deux côtés symétriquement. Atrophiques, elles atteignent en général les circonvolutions frontales; la première

surtout. Les plis en sont généralement amaigris; aussi les sillons deviennent-ils très apparents, quelquefois leur élargissement est tel qu'ils sont transformés en véritables gouttières. Les lésions des couches optiques consistent en dégénérescences diverses, noyaux hémorragiques, foyers de ramollissement, dégénérescence scléreuse, etc.

D^r E. RÉGIS.

JOURNAUX ANGLAIS

Analyse par MM. les D^{rs} DUMESNIL et PONS

Mental Science

Octobre (1878)

TRAVAUX ORIGINAUX

- J. Crichton Browne. *Discours présidentiel prononcé au collège royal des médecins, le 26 juillet 1878.*
 William N. Ireland. *De la pensée sans paroles, et des rapports du langage avec la pensée (suite).*
 G. E. Schuttleworth. *Cas d'imbécillité microcéphalique avec remarques.*
 D. Hack Tuke. *Quelques notes sur l'aliénation mentale en France, suggérées par une visite récente aux asiles français.*
 D. Yellowles. *Homicide par un somnambule.*
 Notes et cas cliniques. Revue. Notes et nouvelles.

Le 26 juillet 1878, M. Crichton Browne a prononcé, au collège royal des médecins de Londres, en prenant possession du fauteuil présidentiel, un discours où sont traitées avec une grande expérience les principales questions qui intéressent aujourd'hui l'aliénation mentale.

Après quelques paroles de regret à la mémoire de sir James Coxe et du D^r Gardiner Hill, l'orateur souhaite la bienvenue au D^r Rhys William qui a remplacé M. Wilkes à la commission de l'aliénation mentale. Il s'occupe ensuite de l'événement du jour, le rapport du comité de la chambre des communes. Il se félicite de voir l'honneur de ses confrères sortir intact de cette enquête, et constate que la loi en vigueur a constamment sauvegardé la liberté des individus. De 1859 à 1875, 185,000 personnes ont été sequestrées dans les asiles d'aliénés de l'Angleterre et du pays de Galles, et sur ce nombre, il ne s'en est pas trouvé une seule qui ait fait entendre une plainte légitime pour séquestration arbitraire.

Mais, si la loi a pu fournir, jusqu'à ce jour, des garanties suf-

fisantes à la liberté individuelle, elle n'en est pas moins susceptible de nombreuses améliorations au point de vue du bien-être des aliénés, ainsi que le prouvent les témoignages entendus par la commission ; et il est à désirer que de nouvelles études soient faites. Toutefois, M. Crichton Browne voudrait les voir ajourner. Les asiles ont assez, dit-il, d'enquêtes et d'agitation. Ce qu'il leur faut, à présent, c'est le repos, qui leur permettra d'utiliser l'expérience acquise. Les arts de la paix, ajoute l'éloquent orateur, ne sauraient être florissants quand retentissent dans l'air les bruits de la guerre, et l'attitude défensive est incompatible avec la marche en avant. Les asiles ont donc besoin d'une tranquillité complète pour pouvoir travailler à leur prospérité. Aussi, M. Browne ne peut-il s'empêcher de trouver inutile et mauvais d'ajouter un élément nouveau à leur administration. Ils n'ont jamais mérité cependant le blâme public. Tels qu'ils sont aujourd'hui, avec leurs imperfections, ils peuvent encore, dit-il, servir de modèle à l'Europe et au monde. L'adjonction des « curateurs pour la loi des pauvres » aux commissions d'inspecteurs, n'aura d'autre effet que de rendre leur tâche plus difficile aux médecins d'asile. Il espère qu'on abandonnera l'idée de cette innovation. Pour mettre fin aux quelques abus qui ont été constatés dans la gestion des asiles, il propose d'étendre le pouvoir des inspecteurs de l'aliénation mentale. Dans le cas où l'ingérence de l'administration financière de la province ne pourrait être évitée, notre confrère se rallie au Dr Lockhart Robertson pour demander que les médecins aliénistes deviennent fonctionnaires de la couronne. Ce sera le seul moyen de leur assurer ce qui leur est légitimement dû : l'indépendance, la stabilité et une retraite à la fin de leur carrière. Cette mesure importe au bien-être des malades et à l'avenir de la science mentale.

Cette dernière considération mérite qu'on s'y arrête. La science mentale est toute nouvelle. La superstition est vaincue d'hier. C'est d'hier qu'on a renoncé à envisager la folie à un point de vue métaphysique et qu'on lui a appliqué les règles de la médecine ordinaire. Aussi sommes-nous peu avancés. Les médecins commencent seulement à comprendre que leur rôle ne se borne pas à garder des aliénés, mais qu'il doit aller jusqu'au traitement de l'aliénation mentale. Si l'esprit d'investigation se montre partout, si les études micrographiques et cliniques, si les essais thérapeutiques se poursuivent activement, les résultats obtenus sont encore bien modestes, et tan-

dis que les savants anglais occupent le premier rang en Europe pour les sciences philosophiques, l'étude de la psychologie dans ses rapports avec l'aliénation mentale a fait peu de progrès en Angleterre.

L'orateur a le regret d'ajouter que cette dernière science n'est pas assez cultivée par ses confrères. Quelques rares aliénistes : Launder Lindsay, Ireland, Nicholson, se sont efforcés depuis Maudsley de soutenir l'honneur du corps; mais, à part les écrits de ces travailleurs distingués, il faut chercher hors de notre spécialité des œuvres de quelque valeur. M. Browne cite les travaux bien connus d'Herbert Spencer; Lewes et Bain; Darwin, Francis Galton, Romanes, Grant Allen... Les aliénistes ne devraient pas oublier cependant que les études psychologiques et médicales se complètent réciproquement et doivent être menées de front.

Passant à un autre ordre d'idées, M. Browne considère l'aliénation mentale au point de vue social. Il laisse de côté la question très débattue de l'accroissement de la folie pour attaquer vivement deux assertions fâcheuses qui sont : 1° qu'elle est une charge qui pèse fatalement sur l'espèce humaine, et qu'on peut déplacer sans l'anéantir; 2° que la folie est en voie de décroissance, et que les progrès de la civilisation finiront par la faire disparaître. Il faut protester contre ces assertions, non seulement parce qu'elles sont de simples préjugés, mais encore parce qu'elles tendent à encourager l'indolence scientifique. Nous nous abandonnons trop aisément au rêve dangereux de l'évolution. Il est bon de se dire que, sans le concours de la science, un mouvement d'amélioration se poursuit à travers les âges et que le progrès est la loi universelle. Mais n'oublions pas que le flot croissant du progrès a ses vagues de reflux. C'est ce mouvement partiel de l'espèce humaine qui doit surtout éveiller notre sollicitude. Autour de nous n'est pas seulement l'évolution, mais aussi l'involution et la dissolution. Des myriades d'animaux et de plantes ont disparu aujourd'hui de notre globe, et toutes les régions du monde ont vu alterner la civilisation et la barbarie. Qu'on y prenne garde! s'écrie notre confrère, la barbarie nous menace, et il est grand temps que des mesures sages viennent s'imposer à son invasion.

Dans l'Angleterre, certaines contrées ont leur population victime d'une véritable dégénérescence; l'orateur cite pour exemple les descendants des exilés de l'Ulster, et les habitants du district de Holborn, d'après une enquête officielle du révérend William Lockart.

Mais les mauvaises conditions hygiéniques de certaines localités ne sont pas les seuls éléments de dégénérescence de notre race. Il en est d'autres qui doivent intéresser le médecin psychologue, et, au premier rang, figurent l'ébranlement excessif et la tension du système nerveux. Les troubles auxquels est exposé l'organisme sont en raison directe de la complexité des conditions de la vie. On peut dire que les découvertes de la science moderne sont arrivées à la transformer. Le système nerveux s'adapte péniblement aux nouvelles fonctions qui lui sont imposées. Il assume, selon l'expression de l'orateur, des responsabilités nouvelles. Par les modifications successives qu'il subit, son organisation devient plus complexe et dès lors augmentent les dangers de dégénérescence. Car il ne faut pas oublier, ainsi que le remarque Charcot, que l'organisation nerveuse est d'autant plus instable qu'elle est plus complexe. L'homme a le tissu nerveux plus susceptible que les animaux, et il est aussi plus facilement exposé aux maladies nerveuses qui sont, de toutes les maladies, les plus transmissibles par hérédité, que celle-ci ait sa source dans un défaut de structure de l'embryon ou dans des troubles fonctionnels survenus pendant la vie. Ces troubles, en effet, engendrent cet état particulier qu'on a désigné sous le nom d'instabilité nerveuse, qui est transmissible, héréditairement et est le point de départ des affections nerveuses proprement dites.

Outre l'influence héréditaire, les excès habituels, la perversion des fonctions des centres nerveux sont des éléments étiologiques importants. On peut parfaitement admettre que les changements opérés dans nos habitudes et dans le mode d'existence, en modifiant le fonctionnement de l'organisme et en exagérant le travail de certaines portions du système nerveux augmentent le nombre de désordres auxquels il est exposé.

Non, certes, les affections nerveuses ne sont pas en décroissance. Les assertions du D^r Althaus, qui est arrivé par la statistique à cette conclusion que leur nombre demeure sensiblement le même depuis de longues années, ne résistent pas à un examen sérieux. Ce médecin s'appuie sur ce fait que le nombre des décès imputables aux maladies du système nerveux, en Angleterre et dans le pays de Galles, s'est maintenu pendant les vingt-cinq premières années dans une proportion constante avec la population et la mortalité générale. Les chiffres fournis par le D^r Althaus, qui tendent en effet à établir ce curieux résultat, sont extraits des *Registrar general's Reports*, et M. Crichton Browne s'applique à faire ressortir les nombreuses causes d'erreur contenues dans ces statistiques.

La plus importante est le manque de précision et d'uniformité dans les diagnostics. Ils ont varié, d'une année à l'autre, avec les progrès de la science. Une statistique faite de nos jours différencierait entièrement d'une autre plus ancienne de 30 ans. Elle exprimerait les changements survenus dans l'opinion des savants ; dans ce nouveau travail, nombre d'affections désignées primitivement par une appellation collective, pourraient recevoir un nom et ne seraient plus dès lors représentées par le même chiffre. Aussi s'explique-t-on aisément que les progrès de l'âge, par exemple, qui figuraient en 1838 parmi les causes de décès, dans la proportion de 40 p. 100, n'existent plus que dans la proportion de 5 p. 100 en l'année 1872. Le même argument est applicable aux maladies nerveuses. L'orateur conclut que si, d'une part, de nombreux décès jadis imputables aux maladies nerveuses peuvent être aujourd'hui attribués à d'autres affections, et si d'un autre côté le nombre des décès réellement imputables aux affections du système nerveux est dans un rapport constant avec la population et la mortalité générale, il doit y avoir nécessairement un accroissement du chiffre de ces dernières. Il trouve d'ailleurs la preuve de ce qu'il avance pour certaines névroses dont le diagnostic ne peut donner lieu à aucune équivoque, l'épilepsie, le tétanos, la chorée dont l'effet meurtrier, toujours croissant, est démontré par les statistiques précédemment citées.

Le travail du Dr Althaus n'a donc pas donné tous les fruits qu'on pouvait en attendre. D'ailleurs, le problème est trop complexe pour être résolu de nos jours où l'expression « maladies nerveuses » n'a même pas une signification bien précise. Dans l'avenir les recherches pourront donner de meilleurs résultats, à la condition qu'elles soient faites par une collectivité de savants. M. Browne espère beaucoup de la création de commissions locales multiples dont le médecin de l'asile serait pivot.

L'honorable président propose ensuite la transformation des asiles en hôpitaux cliniques. Il voudrait que cette innovation fût réalisée au moins pour les asiles voisins des grandes villes. Les étudiants, jusqu'ici peu appliqués à l'étude de la psychiatrie, pourraient s'y adonner dans ces établissements où ils trouveraient des professeurs sérieux et de solides leçons. Alors la psychologie médicale deviendrait une branche officielle de l'enseignement. Pour l'obtention du diplôme de la santé publique (*Public health*) seraient exigées des connaissances en aliénation mentale, et les médecins qui entreraient

dans le service des asiles munis de ce diplôme, auraient dès lors une compétence incontestée. Dans ces conditions nouvelles, les travaux scientifiques prendraient un nouvel essor, et l'association médico-psychologique pourrait encourager les savants non seulement en insérant leurs œuvres, mais encore en leur votant des fonds. L'orateur salue dans une péroraison éloquentes l'avenir que réservent à la science mentale les progrès de la physiologie et de la thérapeutique. Plus tard, dit-il, le rôle de l'aliéniste ne se renfermera plus dans les asiles, mais son influence devra s'étendre au dehors. Il devra s'imposer à l'homme libre qu'il suivra dans tout le cours de son existence et qu'il conseillera dans tous ses actes, notamment à l'heure du mariage, cette cause si fréquente et si terrible de dégénérescence. Enfin, il étudiera l'étiologie, base de la prophylaxie, et surveillera les mouvements politiques et sociaux, en ne perdant pas de vue l'influence de la religion sur les hommes.

L'intéressante étude de M. William W. Ireland sur les manifestations de la pensée sans le secours du langage, se continue par l'examen de ces manifestations dans les cas anormaux ou pathologiques. Les idiots sont généralement inhabiles à faire usage de leurs sens et de leurs muscles. La plupart n'ont pas la parole. Si dans certains cas cette infériorité est due à un trouble du système nerveux de relation et de l'appareil sensitif, dans un grand nombre d'autres elle a sa source dans le cerveau et le manque de contrôle cérébral. Notons en passant une anomalie fréquente; certains de ces malheureux qui peuvent parler et sont assez bien doués intellectuellement, sont néanmoins d'une maladresse notable aux exercices du corps.

Chez les aliénés, la faculté d'interpréter les phénomènes est aussi très atteinte. Le centre cérébral qui préside aux rapports de l'homme avec l'extérieur, et qui est insuffisamment développé chez les idiots, est-il altéré chez les aliénés, ou la perversion extraordinaire des notions qu'ils reçoivent reconnaît-elle pour cause la perte du contrôle de l'intelligence? On doit reconnaître tout d'abord que la sensibilité subit chez les aliénés des perturbations considérables. Un grand nombre de conceptions délirantes reposent sur des sensations perverses. Les impressions reçues sont admises par l'aliéné qui en tire des conséquences avec une puissance d'imagination extraordinaire. L'homme sain d'esprit est d'ailleurs lui-même enclin

à déduire de ses propres sensations la nature des objets extérieurs, et cette propension est pour lui une source fréquente d'erreurs. L'histoire des névroses est pleine d'exemples de ces perversions sensorielles. Un médecin, de constitution délicate, voit les objets plus petits que nature, il se trompe sur leur distance et ne peut corriger cette impression fausse que par le toucher. Sa santé physique s'étant améliorée, il a été débarrassé de cette illusion. M. Ireland réfute l'opinion qui fait dépendre ce phénomène morbide d'une modification de sphéricité des cristallins. Si c'était là sa vraie cause, l'erreur ne serait pas corrigée par le toucher puisque la main du malade lui paraîtrait aussi plus petite et plus éloignée.

Dans l'intoxication par le haschisch qui produit des effets analogues au délire de l'aliénation mentale, les notions de temps et d'espace sont profondément altérées. Sous l'influence de ce poison, « les moments sont des années, les minutes des siècles, le langage est impuissant à rendre cette illusion et » il faut l'avoir éprouvé pour le comprendre. » (Charles Richet, *Revue des Deux-Mondes*, mars 1877.) L'extrait de chanvre indien a aussi pour effet de fausser la perception des distances qui paraissent infiniment plus étendues. Ces illusions singulières ont été observées chez quelques aliénés, et M. Ireland a pu en trouver quelques exemples bien qu'ils soient assez rares dans la science. Celui de Saussure, le célèbre physicien suisse, qui croyait avoir une taille gigantesque et faisait élever les portes de son logis, n'est pas moins curieux. Saussure mourut d'apoplexie quatre ans après la manifestation de ce symptôme. D'autres faits, concernant des malades qui avaient perdu la sensation exacte de leur propre volume ou de celui des objets extérieurs, sont empruntés aux docteurs Browne, Hack Tuke, F. Skae. En Allemagne, ce trouble mental a été dénommé *Grübelnsucht* ou *manie métaphysique*. Les explications données du phénomène sont peu satisfaisantes. M. Moreau (de Tours) explique l'augmentation des distances par une hyperesthésie visuelle qui fait reconnaître aux malades une multitude de points compris entre deux objets; l'attention portée sur ces nombreux jalons fait paraître ces deux objets plus éloignés l'un de l'autre. M. Richet propose, dans le mode métaphysique, une interprétation semblable de la fausse notion du temps. Sans se prononcer, le docteur Ireland croit que le phénomène est d'ordre mental et que sa cause réside dans les hémisphères cérébraux.

La diplopie s'explique par un défaut de symétrie dans l'accommodation des globes oculaires, mais on ne saurait se rendre compte par le même procédé de la vision triple ou quadruple dont M. Brierre de Boismont a rapporté un curieux exemple.

Les déments et les paralytiques perdent à une période avancée de leur maladie la notion exacte de la résistance des corps et de la distance des objets. Y a-t-il chez eux parésie, perte du pouvoir sensitif, ataxie musculaire ou simple disparition du contrôle de l'intelligence ? Il est certain que dans certains cas le vice de nutrition est limité au cerveau et que les troubles observés ne sont point imputables à l'altération des fibres commissurales et des nerfs. D'un autre côté, on voit des aliénés (et ils sont nombreux dans les quartiers de chroniques) dont l'incohérence absolue dénote une destruction achevée des facultés et qui sont capables de se livrer à des travaux manuels très délicats, nécessitant une série d'actes méthodiques et raisonnés. Dans ce cas, dit notre confrère, les circonvolutions qui président au mouvement du langage sont le siège d'une irritation qui a pour effet d'exagérer ces mouvements, et les paroles s'échappent sans avoir le temps d'être soumises au contrôle de la raison. D'autres points des hémisphères relativement sains, dont le rôle est de coordonner les mouvements volontaires à l'exclusion de la parole, ont en même temps un fonctionnement normal. Certains aliénés, d'ailleurs très rares, exécutent des mouvements contraires et même entièrement opposés à leur volonté. Un malade du docteur Meschede, de Königsberg, présentait ce singulier trouble, dans lequel l'esprit paraît avoir perdu tout contrôle sur les muscles. D'autres, enfin, prononcent inconsciemment des paroles différentes de celles qu'ils voudraient dire ; telle était la dame dont Trousseau rapporte l'histoire dans sa clinique.

Dans un paragraphe suivant, M. Ireland s'attache à déterminer les rapports du langage avec la pensée. L'homme se distingue des animaux inférieurs par la perfection plus grande des actes qu'il accomplit, mais il leur est surtout supérieur par le langage qui le met en rapport avec ses semblables. Le langage est l'association des idées avec certains sons ; mais on remarquera que les sons émis n'ont pas un rapport nécessaire avec les idées qu'ils représentent ; ainsi les mêmes idées sont rendues dans les langues diverses par des sons tout différents. Malgré ce défaut de relation, il n'est pas moins vrai que lorsque nous avons pris l'habitude de désigner un objet par un

son donné, ce son devient inséparable dans notre esprit de l'objet lui-même, de sorte qu'il nous serait impossible de concevoir un objet sans le nom qui lui a été imposé. Pour comprendre l'homme pensant et ne parlant pas, il faudrait le supposer jeté dans une solitude complète pendant toute sa vie. Mettez ce solitaire en rapport avec un autre homme, et le langage naîtra. Les idiots de la dernière catégorie sont plus ou moins privés du langage, et ils présentent sous ce rapport des différences assez curieuses. On peut admettre qu'en général la faculté du langage est proportionnée chez eux à leur intelligence. Quelques autres toutefois sont muets, alors qu'on pourrait croire, par l'état de leurs facultés, qu'ils sont capables de prononcer quelques mots. Certains imbéciles comprennent ce qu'ils entendent sans pouvoir s'expliquer en paroles. D'autres ont seulement l'intelligence des sons musicaux; ce qui tendrait à démontrer que, dans le cerveau, le centre des sons et celui du langage sont distincts. Enfin, tel idiot muet sera éventuellement plus intelligent qu'un autre capable de s'exprimer. On a des exemples de ces idiots aphasiques qui ont acquis subitement la faculté de la parole, parfois avant la mort. Dans d'autres cas, sous l'influence d'une émotion ou encore consécutivement à une fièvre typhoïde.

Wiedemeister rapporte, d'après le Dr Adolphe Kussmaul l'histoire d'une jeune mariée qui, à la suite du repas de noces, devint tout à coup muette jusqu'au jour où, surprise par un incendie dans une église, elle se mit à crier : « au feu ! » et recouvra définitivement la parole. L'auteur explique cette guérison par le retour du mouvement dans les muscles paralysés. Les centres nerveux et les nerfs étaient guéris chez cette malade, mais l'inaction les avait privés de leurs aptitudes fonctionnelles. Une excitation mentale soudaine est venue, comme une secousse électrique, provoquer une contraction brusque et le mouvement a été acquis désormais aux muscles du langage naguère frappés d'impuissance.

Le Dr E. Shuttleworth, directeur de l'asile de Royal Albert, rapporte un cas remarquable d'imbécillité microcéphale, avec autopsie. Le sujet est une jeune fille d'une quinzaine d'années entrée à l'âge de douze ans à l'asile. Son père et sa mère étaient cousins germains, et les résultats de la consanguinité ont été déplorables pour la famille. Notre jeune malade est l'aînée de quatre enfants, son frère cadet est robuste et intelli-

gent, mais des deux autres enfants qui sont jumeaux, le plus jeune est microcéphale et imbecile. A part la petitesse de la tête, elle est bien développée. Sa taille est de 64 pouces et quart et son poids de 87 livres. Les traits sont réguliers et la denture belle, mais les incisives supérieures sont larges et proéminentes et le palais voûté en selle. Cette jeune imbecile est de complexion délicate, elle a constamment les extrémités froides et le pouls faible. Les sens spéciaux sont intacts, à l'exception de l'ouïe. Elle articule lentement mais distinctement les mots et sait compter sur ses doigts. Enfin elle est honne, serviable et se rend utile dans son quartier. Pendant les trois ans qu'elle est restée dans l'asile elle a fait des progrès lents, mais sensibles; on lui a appris à parler et un peu à lire et à écrire. Mais sa santé physique a décliné et elle est morte de phthisie. Elle n'a jamais été menstruée.

Nous indiquons les points les plus intéressants de l'autopsie.

Augmentation de la taille depuis l'entrée.	5	pouces.
Tour du corps au niveau des mamelles. . .	24	pouces.
Antéro-postérieur.	{	par le vertex. . . 261 millimètres.
De la dépression nasale à la protubérance occipitale.		par l'os basilaire. 146 —
Transverse.	{	par le vertex. . . 280 —
De tragus à tragus.		par l'os basilaire. 97 —
Circonférence.		425 —

Crâne asymétrique, surtout à la base, moins développé à gauche qu'à droite, apophyse crista-galli déjetée à gauche; minceur extrême de certaines portions du crâne (un huitième de pouce), ossification incomplète de la suture frontale.

On observe au cerveau l'asymétrie déjà signalée du crâne et une petitesse remarquable des hémisphères. En regardant l'encéphale par la partie supérieure, le cervelet paraît à découvert. Ce développement imparfait n'existe pas seulement en arrière, mais en bas où l'insula de Reil est visible sur une largeur d'un demi-pouce. Les lobes frontaux et pariétaux sont de dimension normale, les temporo-sphénoïdaux sont moins développés, les occipitaux sont rudimentaires. L'insula de Reil est une surface plane dépourvue de ses circonvolutions radiées. A la face interno, la scissure calloso-marginale s'arrête brusquement à un pouce en arrière du genou du corps calleux, coupée par la deuxième circonvolution frontale. Enfin la scissure des hippocampes forme un angle très aigu avec la

scissure pariéto-occipitale interne. Le cervelet est relativement gros, et son appendice vermiforme remarquablement distinct. Le poids de l'encéphale, conservé douze mois dans l'alcool, est de 42 onces trois quarts (hémisphères 9 onces trois quarts, cervelet et mésocéphale 3 onces); le cervelet seul pèse 2 onces 3 quarts. L'examen micrographique a montré un aspect mal défini des feuillettes corticaux. Les cellules rondes du second feuillet sont plus petites et plus abondantes qu'à l'état normal; les corpuscules pyramidaux sont rares et beaucoup n'ont pas de prolongement. Enfin, on a découvert dans la poitrine une anomalie assez remarquable, la persistance du trou de Botal.

Notre confrère insiste sur l'ensemble morphologique qui vient d'être décrit et qui est très fréquent chez certains idiots. Il est en parfaite conformité avec le développement mental et physique de la jeune fille. A la conformation presque normale des régions fronto-pariétales correspondait un fonctionnement intellectuel et musculaire relativement satisfaisant. L'atrophie du lobe temporo-sphénoïdal et de la circonvolution temporo-sphénoïdale supérieure rendraient compte de la cophose observée pendant la vie (centre auditif de Ferrier). Mais la théorie de ce savant, en ce qui concerne la relation des lobes occipitaux avec les sensations viscérales, était ici en défaut, puisque ces sensations paraissaient normales, quoique les lobes occipitaux présentassent un état rudimentaire.

M. le Dr Hack Tuke a lu à l'*Association médico-psychologique* la relation de son récent voyage à travers les asiles de France qu'il n'avait pas visités depuis 25 ans. Cette note contient plusieurs remarques fort intéressantes sur le traitement des aliénés dans notre pays. Certaines méthodes de traitement usuellement employées chez nous sont difficilement acceptées par nos confrères d'outre-Manche; tels sont les bains prolongés, sur lesquels M. Tuke a insisté longuement. Il remarque que les bains prolongés, qui sont un puissant sédatif, peuvent être employés sans inconvénient, pourvu que la température de l'eau soit tiède, et que le malade soit alimenté pendant la durée du bain. Notre distingué confrère a suivi avec attention à la Salpêtrière les effets du drap mouillé et des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. L'emploi de ce sel à doses massives l'a un peu surpris, car, en Angleterre, la dose n'a jamais été poussée journallement au delà de deux grains. Il se demande donc si l'économie ne s'accoutume pas graduelle-

ment au médicament, si la solution est toute absorbée, etc. Mais à part le fait de la quantité, il retient ceci, qui lui a été affirmé par un savant si distingué que M. Voisin, que l'injection hypodermique de morphine amène beaucoup de guérisons là où tout autre traitement avait échoué, et que les cas où cette méthode s'est montrée le plus efficace sont ceux de mélancolie avec ou sans hallucinations, et d'excitation maniaque sans congestion. Il rappelle que le Dr Savage, à Bethlem, a constaté que ce traitement avait plus de succès dans la mélancolie que dans la manie, que le bénéfice était plus marqué pour les femmes que pour les hommes et plus chez les femmes âgées et à l'époque de la ménopause que chez les jeunes.

La note du restraint devait nécessairement se faire entendre dans le récit d'un aliéniste anglais. M. Tuke a touché à cette question avec beaucoup de réserve et de courtoisie; mais il a cru de son devoir de compter les camisoles un peu partout, et le résultat de son calcul a été à la satisfaction de son amour-propre national. Il est inutile d'insister sur les notes bonnes et mauvaises qu'il décerne çà et là; car il faudrait d'abord s'entendre sur ce qu'on peut appeler « restraint », qui ne consiste pas uniquement dans l'emploi de telle ou telle partie de vêtement, en étoffe plus ou moins résistante; nous ne voulons que copier ici, en en prenant acte, la conclusion du travail de notre savant confrère :

« Ma conviction personnelle est que personne ne peut visiter les asiles du continent, à l'excellente organisation et à l'administration d'un grand nombre desquels j'apporte bien volontiers témoignage, sans être affermi dans son attachement au « système anglais », par lequel je n'entends pas celui qui oblige un médecin-directeur à commettre l'absurde inconséquence de s'envelopper lui-même d'une *camisole morale*, en disant qu'il ne prévoit pas de circonstances où il aurait à appliquer la camisole à un malade. Par système anglais, j'entends l'exclusion du restraint mécanique, comme partie *nécessaire* du traitement des aliénés; ce qui est exactement l'opposé de ce qui s'obtient dans la majorité des asiles français où il est regardé comme *indispensable*. »

Du reste, M. Hack Tuke constate dans un paragraphe précédent qu'il n'a trouvé à Toulouse sur 8 à 900 aliénés qu'une femme en camisole, et encore pour un motif chirurgical, et à Aix, qu'un seul homme sur 627 malades. Espérons que les asiles qu'il cite comme s'éloignant notablement de ce *désideratum*, s'en rapprocheront de plus en plus. Nous disons

s'en rapprocheront, car si le Dr Hack Tuke n'est pas arrivé dans un moment exceptionnel, il faut reconnaître que ces établissements sont parvenus, en l'espèce, à un point d'esthétique où il nous semble bien difficile de se maintenir constamment.

Ce travail qui a été lu à la *Société médico-psychologique* anglaise, a été accueilli avec la plus grande faveur et a valu beaucoup de remerciements à l'auteur. Il a donné lieu à une courte mais très intéressante discussion.

Le Dr Clouston constate qu'il a obtenu, dans certains cas, de bons résultats de l'usage des bains chauds prolongés dans la manie aiguë; mais il craint que cette thérapeutique n'expose à de très sérieux dangers, et il cite, à l'appui de sa manière de voir, trois accidents dont un mortel arrivé sous ses yeux. Ici, les bains étaient à 100 degrés Fahrenheit, d'après la persuasion que plus le bain est chaud, plus est prononcée l'action réflexe; or, en France, on ne donne nulle part, pensons-nous, de bains chauds, surtout de bains prolongés à cette température, qui répond à 37.74 degrés centigrades.

A une demande du Dr Major, le Dr Hack Tuke répond qu'il a été lui-même fort surpris, presque incrédule, lorsqu'il a entendu parler d'injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine portées à 45 grains par jour; mais il fait remarquer que le Dr Voisin n'arrive à ces doses que progressivement.

Puis, le président, le Dr Crichton Browne, fait observer qu'il y a des exemples d'administration de teinture d'opium à la dose de 5 à 6 onces, sans accident fatal; et le Dr Rayner, cite un cas de *delirium tremens* où deux onces de solution de morphine furent administrées à un homme qui ne succomba pas.

Le Dr Savage, comme on l'a vu plus haut, n'a pas poussé les injections quotidiennes à plus de deux grains. Il craint que ce traitement ne tende à engendrer un appétit maladif pour la morphine. Il a été effrayé de voir dans plusieurs cas des malades en voie de convalescence, qui se plaisaient à se faire eux-mêmes des injections. Une personne, dit-il, qui avait été envoyée au « *Convalescent Hospital* » parvint à se procurer, dans une grande maison de droguerie, assez de morphine pour s'empoisonner elle-même et empoisonner tous les autres habitants en employant une seringue à injections. Cette personne rechuta, et quoiqu'on ait assuré qu'elle a guéri depuis, il en doute beaucoup; d'ailleurs, le Dr Hack Tuke lui a rapporté que quelques médecins français sont d'avis qu'il y a une tendance aux rechutes parmi les malades qui ont été guéris par la morphine.

Le Dr Clouston a appliqué ce traitement dans plus de cent cas, et il n'en a vu que deux où les malades aient augmenté de poids et marché réellement vers la guérison. En général, ajoute-t-il, on n'a qu'un simple assoupissement momentané de l'excitation, l'appétit tend à diminuer, la nutrition est entravée, et ordinairement, après un mois, on constate une certaine diminution du poids du corps, outre certains autres mauvais effets.

Le Dr Clouston n'a pas indiqué à quelle dose il a employé le médicament.

La question du no-restraint n'a pas été abordée.

Le 15 juillet 1878, la haute cour de justice d'Edimbourg avait à juger un meurtrier somnamhule. C'est une bistoire navrante. Le malheureux qui en est le héros est un homme de 28 ans, de complexion frêle, au tempérament nerveux. On a constaté dès son enfance des lacunes dans son organisation mentale, et il est fortement entaché du vice héréditaire. En effet, sa mère était épileptique, son grand-père maternel est mort d'une attaque, sa tante maternelle et le fils de cette femme sont dans un asile. Simon Fraser est affligé depuis ses plus jeunes années de cette hizarre névrose qui fait accomplir pendant le sommeil des actes complexes et suivis, sous l'influence du rêve. Mais ces rêves sont habituellement terribles. Sept ans avant l'événement, il habitait avec son père dans une île. Il y était constamment préoccupé de la crainte de voir sa jeune sœur tomber à l'eau ; il lui arrivait fréquemment de se lever au milieu de la nuit, pour courir, endormi, sur la plage et appeler l'enfant qu'il croyait en danger, il entraît parfois dans la mer, et le contact de l'eau ne le réveillait pas. Après son mariage, les accès de somnambulisme prirent une forme plus grave encore. Il s'élançait de son lit sous l'empire de terreurs diverses. Il rêvait qu'un grand danger le menaçait, que sa maison était en feu, que la muraille allait l'écraser, que son enfant tombait dans un abîme. L'idée qui le hantait le plus fréquemment était qu'une bête sauvage entraît dans la chambre et se jetait sur lui et les siens. Il poussait alors des cris inarticulés et, dans une suprême angoisse, il arrachait sa femme et ses enfants de leur couche. D'autres fois il poursuivait la bête imaginaire à travers la chambre, cherchant à l'atteindre avec les meubles qui se trouvaient sous sa main et dont il se faisait une arme. Une nuit, il saisit à la gorge une personne placée près de lui en rêvant qu'il étreignait l'animal féroce. Dans ces accès, il

conservait dans une certaine mesure l'usage des sens. Il y voyait pour écarter de son passage les meubles qui le gênaient et répondait parfois aux questions. On le considérait comme très dangereux, et sa femme avait soin depuis longtemps d'ôter de la chambre les objets qui pouvaient être entre ses mains une arme redoutable. Ces précautions n'empêchèrent pas la mort de leur pauvre petite fille que tous deux adoraient. Une nuit le malheureux père croit voir la bête sortir du sol et passer derrière le lit de l'enfant, il se précipite, étroit violemment et jette contre le mur... sa propre fille, dont il fracasse le crâne avec rage. Il est réveillé trop tard par les cris déchirants de sa femme.

Cet homme a été déclaré irresponsable à l'unanimité ; mais les médecins ont eu à discuter, à l'occasion de ce procès, une question accessoire qui présente un certain intérêt au point de vue médico-légal. L'accusé devait-il être considéré comme aliéné ? La réponse devait influencer gravement sur les conséquences de l'affaire. En cas d'affirmative, c'était la séquestration dans un asile ; dans le cas contraire, la mise en liberté pure et simple. Ainsi que cela se pratique en Angleterre, les opinions de plusieurs médecins ont été entendues contradictoirement. Les docteurs Yellowlees et Robertson ont parlé pour la couronne, le Dr Clouston en faveur de l'accusé. Le docteur Yellowlees décrit le somnambulisme comme un état d'activité morbide du cerveau, se manifestant pendant le sommeil avec une intensité variable, ne s'écartant pas sensiblement parfois du sommeil agité, mais pouvant aller jusqu'aux conceptions délirantes et à la violence, jusqu'à la véritable aliénation mentale. Dans cette forme extrême que le docteur Yellowlees appellerait volontiers la « somnomanie », le somnambulisme équivaut à l'aliénation mentale. Le Dr Robertson pense que les conceptions délirantes et extravagantes, l'agitation et la conduite dangereuse constituent la folie. Pour lui, l'accusé avait quitté le sommeil pour tomber dans un état de folie temporaire. C'est le degré exagéré du somnambulisme, mais ce n'est plus le sommeil complet ; sa conclusion est que l'accusé est aliéné. Le Dr Clouston a soutenu la thèse contraire. Simon Fraser, d'après lui, était sous l'influence du sommeil. Les conceptions délirantes des somnambules ne sont pas comparables à celles de l'aliénation mentale. En présence de ce conflit d'opinions, le juge n'a pas jugé à propos de poser la question aux jurés qui n'ont eu à se prononcer que sur l'irres-

pensabilité seule. Simon Fraser a été mis en liberté, après s'être engagé publiquement à coucher dorénavant dans une chambre séparée.

Une observation d'hermaphrodisme faux, avec aliénation mentale, et suivie d'autopsie, est consignée aux notes et cas cliniques par le Dr Savage. C'est d'une femme qu'il s'agit. Elle n'a eu de trouble mental qu'assez peu de temps avant sa mort. Agée de 48 ans, elle n'a présenté rien de particulier dans son aspect extérieur, jusqu'à l'âge de 49 ans. Elle était même jolice fille. A cette époque, elle a eu une seule fois un écoulement supposé ménorrhagique. Dans la suite, sa peau, ses traits ont pris de la rudesse et ses formes sont devenues masculines. Les poils ne se sont jamais montrés à la face et ils ont toujours manqué aux parties génitales; les seins ne se sont jamais développés; ses mains se sont élargies, son ampleur et sa taille ont beaucoup augmenté. Avant son admission à Bethlem, cette femme avait séjourné dans un asile privé où elle s'était fait remarquer par sa lubricité; elle avait même voulu cohabiter avec une autre femme et, à ce moment, son attitude était celle d'un homme. A son entrée, elle était atteinte de marasme physique très avancé. Comme état mental, elle était dans la dépression, elle avait des hallucinations de la vue et de l'ouïe, touchant les personnes de sa famille. Elle a succombé au bout d'une semaine.

L'autopsie est la partie la plus intéressante de l'observation.

Le cadavre a l'aspect et la stature de celui d'un homme. Pas de seins; les organes génitaux externes sont ceux d'une femme. Les grandes lèvres sont très développées; la droite présente une tumeur du volume d'une aveline formée par du tissu conjonctif et graisseux; le vagin est très large; le clitoris n'est pas visible, le méat urinaire est distinct, mais entouré de fibres musculaires peu nombreuses. La dissection des organes internes a montré un épaissement hypertrophique du péritoine autour de l'utérus qui n'est pas apparent. Il occupe sa place normale; il est très atrophié, ce n'est qu'une sorte d'épaississement de tissu. Le col se délimite difficilement, et son orifice a la dimension d'un trou d'aiguille. On doit noter enfin dans cette région l'atrophie des ovaires et l'imperforation des trompes.

Au crâne, on a constaté un développement et une hauteur anormales des sinus frontaux et la présence dans la fosse

moyenne de la base, d'éminences osseuses symétriquement placées; les plus marquées sont situées sur une ligne qui s'étend du bord antéro-externe de cette fosse au centre du crâne. Enfin, la région pituitaire présente une anomalie curieuse: le développement exagéré de la glande, faisant saillie d'un demi-pouce de la cavité osseuse, fort large elle-même, puisqu'on y pouvait mettre le pouce. Cette glande était rugueuse et osseuse. Les apophyses clinoides étaient tout à fait rapprochées et la basilaire était anormalement aplatie, de sorte que des apophyses clinoides postérieures à l'apophyse basilaire il y avait presque une ligne perpendiculaire, etc.

Le D^r Savage a fait à propos de cette observation quelques remarques intéressantes. Nous sommes longuement habitués, dit-il, à considérer les symptômes de la folie comme le développement d'états intellectuels préexistants, le résultat d'un développement exagéré défini ou perte de contrôle. Ici, nous voyons une femme devenant peu à peu affreusement hideuse, obligée de cacher son visage au monde extérieur. Naturellement elle s'est imaginé qu'elle était remarquée, et cette cause naturelle s'est développée en idée de persécution; ces idées, une fois produites, sont devenues dominantes et irrésistibles et ont influé sur toute son existence. Beaucoup de cas de persécution s'engendrent de la même façon. C'est ce qu'on remarque par exemple chez certains masturbateurs, honteux d'eux-mêmes, et qui finissent par croire qu'on devine leur faiblesse et qu'on se rit d'eux, etc.

Ici, le progrès des conceptions délirantes a été lent; aussi l'espoir de quelque amendement dans l'état mental était-il bien faible.

La forme particulière de la tête faisait penser à un cas de crétinisme, et cependant rien de semblable n'existait au point de vue mental.

La dissection attentive des parties génitales a parfaitement démontré qu'il ne s'agissait nullement ici d'hermaphrodisme; c'est un cas d'arrêt de développement concernant incontestablement une femme; et après un certain temps, le développement du corps lui-même a affecté le type masculin. Les désirs amoureux de la malade à l'égard des femmes prouvent le changement complet dans l'esprit et les affections produit par les seules conditions somatiques.

Le D^r Robert Baker, directeur de l'asile de Friends' Retreat, a publié l'observation d'un maniaque dangereux. Elle tire son

intérêt des difficultés qu'a présentées chez ce malade l'application de la nulle contrainte. C'est un homme de 25 ans, de taille élevée, pâle et cachectique. Il est dans l'asile depuis quatre ans environ (1874). Il dit être le prince de Galles, et se montre fréquemment violent dans son langage et dans ses actes. En outre, il a tenté deux fois de s'évader. Dès le début, il refuse parfois les aliments et doit être définitivement nourri par la sonde à partir du mois d'avril 1875. Par la violence de ses assauts, cet aliéné est très redoutable. Un jour il brise son lit et défie, armé d'une planche, tous ceux qui se présentent pour entrer dans sa cellule. Un autre jour, il faut qu'un surveillant entre dans sa cellule la tête protégée d'un matelas, pendant que d'autres personnes se précipitent sur lui pour le maintenir. Des scènes semblables se renouvelaient sans cesse. Cet homme a subi l'alimentation artificielle pendant 2 ans et un mois. D'octobre 1877 à mai 1878, on s'est vu forcé, à cause de la violence inouïe de ses agressions, de le mettre en réclusion. Malgré les difficultés que présentait son approche, on est parvenu à ne jamais le blesser, et pourtant il n'a jamais cessé d'être redoutable en dépit du traitement employé (injections sous-cutanées d'hyosciamine). Cet aliéné est mort dans les conditions suivantes : Selon l'usage, le médecin en chef, le médecin adjoint et quatre infirmiers venaient de pénétrer dans sa cellule pour procéder à l'alimentation forcée. Il bondit vers eux, puis tout à coup, pâlit et s'affaisse. Une vomique venait de s'ouvrir dans les bronches. Il a succombé quinze heures après. L'autopsie a démontré l'existence d'un abcès énorme, enkysté, du poumon droit. Sous l'influence de l'effort, cet abcès s'était brusquement fait jour par les voies respiratoires ; c'est ce que l'autopsie a pleinement confirmé. Le Dr Baker fait remarquer que si le malade était mort pendant une lutte avec les infirmiers, et qu'on n'eût pas fait l'autopsie, il est très probable qu'on aurait déversé un blâme sur les autorités de l'établissement. Il se réjouit de ce que la camisole a pu être constamment évitée. Toutefois, il reconnaît volontiers que *dans l'intérêt peut-être du malade lui-même, et certainement dans l'intérêt de son entourage, l'emploi en eût été justifiable*. Nous le croyons aisément, puisque dans un cas, par exemple, on n'a pu pénétrer dans sa cellule qu'après l'avoir aveuglé complètement par le jet d'eau d'une pompe à incendie, dirigé par la porte entrebaillée, et que la dernière des six ou sept personnes nécessaires pour le maintenir et pour l'alimentation forcée, était toujours sûre

en parlant, de recevoir un coup de poing ou un coup de pied.

Vient ensuite un compte rendu du congrès international de médecine, tenu à Paris, au mois d'août 1878. Les quelques pages qui y sont consacrées sont dues à la plume élégante du Dr Hack Tuke et rendent très fidèlement la physionomie et tous les faits importants des diverses réunions qui ont eu lieu. L'auteur constate tout d'abord que le succès a été complet.

La *Revue* donne l'analyse des ouvrages suivants :

Causerie amicale avec un malade nouveau; — jour de visite à l'asile; — travail dans les quartiers par les gardiens; par le Rev. H. Hawkins;

De quelques accidents de l'épilepsie et de l'hystéro-épilepsie; par le Dr Emile Bowel, Paris.

Manuel de nécropsie, ou guide pour la pratique des examens cadavériques, à l'usage des étudiants et des praticiens, par A. H. Newth.

Encyclopédie de la pratique de la médecine, vol. XIV.

Maladies du système nerveux et troubles du langage, Eulenberg, Notnagel, H. Von Ziemssen, Jolly, Kussmaul et le Dr Bauer.

Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden; monographie, par le Dr Ripping, directeur de l'asile de Siegbourg, Stuttgart, ou résultat de son expérience dans 168 cas de psychoses de grossesse, d'enfantement et de lactation, comprenant une période de quatre années.

Le chapitre des *Notes et nouvelles* contient le compte rendu de la 33^e séance annuelle de l'*Association médico-psychologique*, tenue à Londres dans la bibliothèque du collège royal des médecins, le 26 juillet, sous la présidence du Dr Crichton Browne. Il y a été décidé que la prochaine réunion annuelle aurait lieu à Londres, pour la quatrième fois. Cette décision a été prise parce que le futur président devait être le Dr Hush, membre de la chambre des communes, dont l'influence devait être utile à l'association. Ensuite a été lue la démission du Dr Maudsley, comme éditeur du *Mental science*. Les docteurs Clouston, Hack Tuke et Savage ont été appelés à remplir les fonctions d'éditeurs du journal. Dans la séance du soir, M. Hack Tuke a donné lecture de ses impressions de voyage; l'analyse de cet intéressant mémoire a été faite quelques pages plus haut.

Nous lisons ensuite deux courtes notices sur le Dr John Sib-

bald, récemment nommé inspecteur de l'aliénation mentale en Ecosse, et sur feu Thomas Howden, directeur de l'asile de district d'Haddington, puis un extrait de la future loi du code criminel relative à l'irresponsabilité des aliénés. Nous le donnons à peu près textuellement : un homme est irresponsable, 1° s'il ignore la nature de l'acte qu'il a commis; 2° s'il ne sait pas que l'acte est défendu par la loi ou est moralement répréhensible; 3° si, au moment où il a commis l'acte, il a été (sans s'y être mis lui-même) dans une situation qui l'empêchait de connaître le châtiment qui l'attendait.

Au parlement a été présentée, par le Dr Caron, la loi sur les ivrognes. Elle respecte absolument la liberté individuelle. Les malades qui voudront se soumettre à un traitement, devront renoncer à leur liberté volontairement et faire une demande signée.

Enfin, ce chapitre, qui est bien rempli, contient encore quelques renseignements sur l'enfant-loup de l'asile de Delhi, qui n'a plus d'attaques d'épilepsie, et est en train de s'améliorer; l'observation d'un maniaque chronique guéri après dix ans de séjour à l'asile de Daeca, et une lettre du Dr Philimore en réponse aux attaques du docteur Mac Dowall. Après s'être plaint de la forme acrimonique employée par son confrère, M. Philimore soutient de nouveau que les érysipèles doivent leur origine aux miasmes des amphithéâtres. Il démontre par la statistique que la mortalité par cette affection est d'autant plus grande dans les hôpitaux d'aliénés que les autopsies sont plus fréquemment pratiquées. Par contre, il cite un hôpital, *Wonford-House*, où les érysipèles ont disparu aussitôt qu'on y a abandonné les travaux nécropsiques. Sans nier l'utilité des autopsies, il pense qu'elles doivent être subordonnées au sentiment public, et conteste que le directeur ait le droit de les pratiquer arbitrairement.

Inutile de faire remarquer que cette théorie, malgré la statistique du Dr Philimore, n'aurait aucune chance d'être défendue par les médecins de nos asiles.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Psammomi molteplici trovati nel cervello d'un epilettico idiota (Néoplasmes multiples trouvés dans le cerveau d'une épileptique idiote); par le Dr. Luigi Frigero, Milan, 1880; br. in-8°.

— Le criminel au point de vue anatomique et physiologique; revue critique; par M. le Dr Ach. FOVILLE. Paris, 1880; br. in-8.

— Official report of the state hospital for the insane at Danville; par M. le Dr SCHULTZ, 1878-1880. Danville, 1880; br. in-8.

— Ueber die Functionen der Grosshirnrinde; gesammelte Mittheilungen aus den Jahren 1877-80 (sur les fonctions de la substance corticale du cerveau, leçons faites en 1877-1880); par M. le professeur Hermann MUNK; Berlin, 1881; br. in-8.

— Conférences cliniques sur les maladies mentales professées à la Salpêtrière; par M. le Dr Aug. VOISIN; leçons sur l'idiotie. Paris, 1881; br. in-8.

— Hygiène de l'esprit au point de vue pratique de la préservation des maladies mentales et nerveuses; par M. le Dr Max SIMON, 2^e édit. Paris, 1881; 4 vol. in-8.

— The asylums of Europe; par M. le Dr George M. BEARD. Cambridge, 1881; br. in-42.

— Twenty-fifth annual report of the trustees of state lunatic hospital at Northampton; par M. le Dr PLINY EARLE. Boston, 1881; br. in-8.

— On the construction, organization and general arrangements of hospitals for the insane, with some remarks on insanity and its treatment; par M. le Dr Thomas S. KIRKBRIDE, 2^e édit. Philadelphie, 1880; 4 vol. in-8.

— Leçons sur les maladies mentales; 2^e édit., 1^{er} fascicule, par M. le professeur BALL. Paris, 1881; 4 vol. in-8.

— Etudes cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie; par M. le Dr Paul RICHER. Paris, 1881; 4 vol. in-8.

— De l'influence étiologique de l'alcoolisme sur la paralysie générale progressive; par M. le Dr Joseph MILLET; Paris, 1880; br. in-8.

— Etude statistique sur la question des condamnés aliénés annexés à la maison centrale de Gaillon; par M. le Dr HUREL; Paris 1880; br. in-8.

— Du traitement de l'alcoolisme et du délire aigu par les bains froids et le bromure de potassium; par M. le Dr ROUSSEAU; Auxerre 1880; br. in-8.

— Du délire aigu; par M. le Dr Marcel BRIAND; Paris, 1881; br. in-8.

— Les troubles intellectuels provoqués par les traumatismes du cerveau; par M. le Dr AZAM; Paris, 1881; br. in-8.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Par arrêté préfectoral en date du 23 mai 1884, M. le D^r DUFOUR, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Saint-Robert, a été nommé membre du conseil d'hygiène et de salubrité du département de l'Isère.

— Arrêté du 31 mars 1884. M. le D^r Belle, médecin adjoint de l'asile de Dijon, a été promu à la 2^e classe de son grade (2,500) pour prendre rang à partir du 1^{er} janvier 1884.

NÉCROLOGIE

Le D^r DEBOUTTEVILLE. — Le D^r Deboutteville, ancien directeur de l'asile Saint-Yon, collaborateur de Parchappe, vient de mourir à Rouen; nous ne pouvons mieux faire pour honorer sa mémoire que de reproduire les discours qui ont été prononcés sur sa tombe, le 4 juin dernier, par MM. Rousselin et Dumesnil.

M. Rousselin :

Au moment où va se former cette tombe sur l'homme de bien que nous venons d'accompagner à sa dernière demeure, qu'il me soit permis de rendre un juste tribut à son mérite en vous retraçant brièvement les principaux traits de sa longue carrière administrative.

Lucien Deboutteville est né le 14 février 1804.

Dès sa jeunesse, il montra un goût décidé pour les études sérieuses et particulièrement pour les sciences naturelles et la philosophie qu'il cultiva avec ardeur jusqu'à son dernier jour.

Lorsque le moment fut arrivé pour lui de choisir une carrière, il se décida pour la médecine, qu'il étudia avec succès.

Il obtint le diplôme de docteur le 9 juillet 1829.

Le conseil général du département de la Seine-Inférieure venait, à cette époque, de donner une preuve de sa générosité et des sentiments d'humanité qui le guident sans cesse dans toutes les questions de bienfaisance et de charité publique.

Les aliénés, si déshérités autrefois, avaient été tout récemment transférés dans un asile spécial ouvert en 1825 sur l'emplacement et dans les bâtiments de l'ancien Saint-Yon.

La carrière de médecin aliéniste tenta le jeune docteur; il espérait y trouver un aliment à son goût pour la philosophie, dans l'étude si attrayante des questions médico-psychologiques. Il entra à Saint-Yon comme interne en médecine et y resta en cette qualité, pendant un an seulement.

Saint-Yon, comme je l'ai dit, était alors à l'époque de son évolution; l'administration proprement dite y faisait défaut, mais le nouvel interne n'était pas seulement un homme de science, un médecin distingué, il était en même temps un homme réfléchi doué d'un esprit organisateur et possédant déjà les qualités d'un économiste. Ces qualités n'avaient pu échapper à son entourage, aussi lorsqu'un changement dans le personnel administratif de l'asile vint à être reconnu indispensable et qu'un nouveau directeur dut être nommé, le choix de l'administration préfectorale se porta-t-il sur lui.

Il entra en fonctions comme directeur de Saint-Yon le 4^{er} octobre 1830 et y resta jusqu'en 1863.

Pendant ces trente-trois années, constamment préoccupé de l'amélioration du sort des malheureux aliénés confiés à son administration, il concourut pour une large part à l'augmentation de leur bien-être, et prépara patiemment, mais avec énergie, les résultats économiques au moyen desquels le département put un jour donner satisfaction aux besoins du service médical et aux exigences de l'humanité en créant un second asile.

Par suite de l'augmentation de la population des aliénés, l'asile de Saint-Yon devenant insuffisant, il était nécessaire de construire un nouvel établissement pour y installer les hommes.

Le conseil général se décida à ce sacrifice et la construction de Quatre-Mares fut résolue.

Saint-Yon, grâce à la sage administration de son directeur, put de 1849 à 1852, trouver dans sa caisse une somme de 800,000 fr. qui vint alléger d'autant les dépenses que s'imposait le département.

Mais s'il sut administrer avec habileté et économie les finances de l'établissement qu'il dirigeait, M. Deboutteville ne renonça pourtant pas à ses premières études; chez lui, jamais l'administrateur n'absorba l'homme de science.

Jeune homme, il avait aimé la philosophie, la médecine et les sciences naturelles, il les cultiva dans l'âge mûr et y revint avec une ardeur toute juvénile lorsque sa retraite vint lui apporter le repos qu'il avait si bien mérité et que le soin de sa santé toujours chancelante, lui avait rendu nécessaire.

Constamment animé du besoin de se rendre utile, jamais il n'oublia un seul instant le côté pratique des divers sujets de ses études et ses travaux sur les arbres fruitiers de notre contrée lui méritent, à tous égards, le titre de savant et philanthrope que ses amis se plaisaient à lui décerner.

Il avait été nommé chevalier de la Légion d'honneur, le 9 février 1850.

Ce fut le 44 octobre 1863 qu'il abandonna ses fonctions, il se retira suivi des regrets de tous les fonctionnaires et employés de Saint-Yon.

Je n'ose parler de ses qualités privées, il me semble que ce serait porter atteinte à sa modestie; qu'il me soit pourtant permis de rappeler ici son inaltérable bonté, la douceur de son

caractère, l'élévation de ses idées et son indulgence pour autrui.

Adoré de sa famille et de ses amis, il descend dans la tombe en emportant les regrets de tous ceux qui l'ont connu.

M. Dumesnil

MESSIEURS,

Ancien collaborateur de celui à qui nous venons, tous, ici, rendre un pieux devoir, de cet homme de bien dont la vie fut si utilement et si dignement remplie, qu'il me soit permis d'ajouter quelques paroles aux paroles émues et sympathiques que vous venez d'entendre.

Je ne veux rappeler qu'un seul épisode de la carrière publique si longue et si féconde de cet administrateur distingué; épisode qui démontre une fois de plus qu'elles étaient sa perspicacité, ses vues larges et, surtout, son inaltérable bienveillance et son abnégation.

Personne, on le sait, n'a plus contribué que lui à la création de ces deux admirables établissements qui couvrent aujourd'hui les terrains du hameau de Quatre-Mares; établissements charitables qui témoignent de la munificence du conseil général et de la sollicitude éclairée des hommes de cœur qui ont successivement administré ce département depuis trente-trois ans.

Ce fut M. Deboutteville qui prépara les nombreux documents prouvant la nécessité de transférer en dehors de la ville, la population masculine du vieil asile de Saint-Sever. Lorsque cette idée eut fait son chemin et eut reçu un commencement d'exécution, ce fut encore lui qui, dans une réunion de la commission de surveillance, développa magistralement et fit adopter cette opinion : que ce que l'on nommait *la succursale de Saint-Yon*, à Quatre-Mares, *devait* être un véritable asile; que le service administratif et le service médical *devaient* y être absolument distincts de ceux de Saint-Yon et, qui plus est, que les deux fonctions de directeur et de médecin en chef *devaient* être réunies dans une seule main.

Cette délibération qui fut nécessairement partie des archives de l'ancien Saint-Yon, ne fut pas adoptée; et la haute capacité de l'auteur de ces propositions dut être l'un des principaux et, j'ajouterais, le meilleur des arguments à opposer à sa manière de voir. Était-il prudent, se disait-on, de se priver de l'intervention dirigeante de celui qui avait donné tant de preuves de son mérite!

Mais le temps se chargea bientôt de confirmer toutes les prévisions du directeur de Saint-Yon, et l'*annexe* devint par ses développements, son organisation, le nombre sans cesse croissant des malades pensionnaires et des malades assistés, un asile de la plus haute importance, ayant son entière autonomie.

La tâche du premier médecin-directeur de cette nouvelle création était sans doute bien simplifiée, puisque des hommes tels que Parchappe, Deboutteville, Desmarest, Grégoire,

avaient partout jalonné la route à suivre. Toutefois, elle était bien lourde encore, et il n'abordait pas sa mission sans une certaine préoccupation psychologique; car il ne connaissait le Dr Deboutteville que par ses travaux, et il se demandait: si un chef de service qui se démettait même volontairement, dans l'intérêt de l'institution, d'une partie de ses attributions, et dont le concours lui était si indispensable, n'apporterait pas, malgré tout, parfois, un peu de froideur, une certaine réserve dans les relations qui allaient s'établir et se multiplier entre eux.

Or, c'est ici qu'il faut rendre hommage à la générosité du caractère de celui que nous venons de perdre. Il n'est pas d'attentions bienveillantes, d'avis et de conseils dévoués, de communications et de renseignements spontanés, d'encouragements soutenus, dont ce titulaire inquiet, mais promptement rassuré, n'ait été comblé par son collègue. Et, de fait, l'action du directeur de Saint-Yon sur l'asile de Quatre-Mares, avait cessé en apparence, depuis longtemps, qu'elle n'en était pas moins au fond, persistante, réelle et fructueuse.

Voilà pourquoi, au nom des aliénés qu'il a tant aimés, et mû par des sentiments de reconnaissance personnelle que trente années n'ont pas attiédies, je viens dire à celui qui m'honora de son amitié: Merci! Adieu!!

Dr ISAAC RAY. — Le Dr Isaac Ray est mort, à Philadelphie, le 31 mars 1884, à l'âge de 74 ans.

Le Dr Ray était un des médecins aliénistes des Etats-Unis les plus connus, les plus universellement estimés. Il avait occupé, successivement, et pendant de longues années, le poste de superintendant médical, d'abord à l'asile d'Augusta, ensuite à celui de Butler près la Providence. Il s'était retiré à Philadelphie, où il exerçait comme médecin consultant.

Le Dr Ray s'était surtout occupé de la médecine légale, appliquée à l'aliénation mentale. Son ouvrage sur « *La jurisprudence de l'insanité* » a eu plusieurs éditions et fait autorité tant en Amérique qu'en Angleterre. On lui doit, en outre, un grand nombre d'écrits sur la spécialité, et tout dernièrement encore, il publiait dans un nouveau recueil « *L'aliéniste et le neurologue de Saint-Louis* », un mémoire sur les « *Guérisons dans les maladies mentales* ». Il a ajouté à l'édition américaine du traité « *De la folie et de son traitement* », par Fielding Bladford, un sommaire très intéressant de toutes les lois, relatives aux aliénés, en vigueur dans l'Union.

— Le Dr MARCHANT. — Au moment de mettre sous presse, une affreuse nouvelle nous arrive de Toulouse: notre excellent confrère et ami le Dr Marchant, le sympathique médecin-directeur de l'asile de Braqueville, atteint à la nuque d'une balle de revolver, est mort le 21 juin des suites de sa blessure.

Le 48 au matin, Marchant, accompagné du surveillant chef, visitait dans sa chambre un pensionnaire, entré à l'asile depuis une vingtaine de jours, le capitaine E..., que l'autorité mili-

taire avait dû faire séquestrer d'office comme aliéné dangereux. Cet homme est atteint, en effet, du délire des persécutions; il parlait à chaque instant de tuer des officiers généraux, et il était constamment armé d'un revolver et d'un poignard.

Depuis son entrée à l'asile, E... écrivait lettres sur lettres aux autorités civiles et militaires, et comme il ne recevait pas de réponses, il crut que le Dr Marchant retenait ses lettres; de là son irritation contre notre confrère et l'épouvantable catastrophe qui s'ensuivit.

Comment expliquer qu'un aliéné interné dans un asile puisse être armé d'un revolver chargé? Il paraît établi qu'à la prison militaire où il est resté un mois et à l'asile où il a été fouillé à l'entrée, le capitaine E... a caché son revolver, très petit d'ailleurs, sous son uniforme, dans le pli que forme avec le thorax l'abdomen très proéminent chez lui.

Quoi qu'il en soit, Marchant a été frappé à bout portant, au moment où il se disposait à quitter la chambre du malade. La balle, inerustée en quelque sorte dans l'épaisseur de l'occipital, a pu être extraite assez facilement par le chirurgien de l'établissement; mais il est probable que l'os avait été fracturé et qu'il s'est produit un épanchement intracrânien. Marchant a rendu le dernier soupir, le 21 à 4 heures du matin, dans les bras de son fils unique, le distingué professeur de la Faculté de médecine de Paris, auquel nous adressons l'expression bien sincère de notre douloureuse sympathie (1).

GÉRARD MARCHANT est né à Saint-Béat (Haute-Garonne), le 11 mars 1813. Après avoir été interne d'Esquirol à la maison de Charenton en même temps que MM. Baillarger et Moreau (de Tours), il était entré en 1844, en qualité de médecin adjoint, au quartier d'aliénés de l'hospice de la Grave, à Toulouse, dont Delaye était alors médecin en chef. C'est en collaboration avec ce maître vénéré qu'il dressa le programme pour la construction de l'asile de Braqueville, l'un des meilleurs que nous ayons en France et dont il peut être considéré comme le fondateur.

Marchant a publié un certain nombre de travaux estimés, parmi lesquels nous citerons :

1° Sa thèse inaugurale soutenue à Paris le 31 août 1842 : *Observations faites dans les Pyrénées pour servir à l'étude du crétinisme*;

2° *Note sur l'état des aliénés en Portugal, à Madère et à Ténériffe*; Paris, 1844;

3° *Rapport statistique sur l'asile des aliénés de la Grave*; Toulouse, 1846;

4° *Programme pour la construction d'un asile d'aliénés dans le département de la Haute-Garonne*; par MM. les Drs Delaye et Gérard Marchant; Toulouse, 1848;

(1) L'aliéné qui avait tiré un second coup sur le surveillant en chef, heureusement sans l'atteindre, a été désarmé, non sans de sérieuses difficultés, par un brigadier de gendarmerie.

5° *Sur l'alimentation forcée des aliénés* (Union médicale); Paris, 1848.

6° *Considérations sur la paralysie générale progressive*; Paris, 1856.

7° *Rapport sur l'état mental du nommé Bergès inculpé d'assassinat*; Paris, 1875.

Marehant avait acquis à Toulouse une situation des plus honorables et des plus enviées : il a été pendant longtemps professeur de médecine légale à l'Ecole secondaire et ses confrères l'avaient nommé président honoraire de l'Association de prévoyance des médecins du département. Il était chevalier de la Légion d'honneur depuis le 9 août 1869, et la Société médico-psychologique le comptait depuis longtemps parmi ses correspondants.

Les obsèques du Dr Marehant ont eu lieu le 23, au milieu d'une très nombreuse affluence; le corps médical y était presque au complet, témoignage évident de la sympathie que notre confrère et ami inspirait à tout le monde. Marehant a été inhumé dans l'établissement à l'endroit qu'il avait désigné lui-même.

Sept discours ont été prononcés sur sa tombe; nous reproduisons celui de notre collaborateur et ami, M. Foville, qui se trouvait en tournée d'inspection dans le Sud-Ouest, au moment du tragique événement.

MESSIEURS,

C'est à bien des titres que m'incombe le douloureux devoir d'adresser un dernier adieu au Dr Marehant.

Inspecteur général du service des aliénés, je dois dire combien l'Administration se sent péniblement émue par la catastrophe sanglante qui vient de frapper à mort le directeur de l'asile de Braqueville, au milieu de son service d'hôpital, c'est-à-dire au champ d'honneur du médecin. Le bureau de la Société médico-psychologique de Paris, aussitôt qu'il a connu la fatale nouvelle, a manifesté le désir d'être représenté dans cette funèbre cérémonie, et, ayant l'honneur de faire partie de cette société, je m'empresse d'exprimer, ici, la sympathie unanime de ses membres pour un de leurs collègues les plus anciens et les plus appréciés. Je dois lui rendre, aussi, le même hommage, au nom de l'Association confraternelle des médecins aliénistes de France.

Enfin, ami personnel du Dr Marehant, j'apporte sur cette tombe le tribut de tous mes regrets, pour un homme qui m'a connu dès ma plus tendre enfance, dont j'ai eu l'honneur de devenir le confrère et le collègue, et qui ne m'a jamais ménagé les marques de son estime et de son affection.

Au moment où sa laborieuse carrière se termine par un coup aussi imprévu et aussi lamentable, comment ne pas se rappeler que le Dr Marehant n'est qu'une des victimes, malheureusement trop nombreuses, de la profession à laquelle il avait consacré sa vie.

Il ya vingt-cinq ans, le Dr Geoffroy, médecin en chef de l'asile d'Avignon mourait subitement, immolé par un épileptique

auquel il n'avait cessé de donner des soins assidus. Depuis, l'Italie, l'Angleterre, peut-être d'autres pays encore ont eu à déplorer des malheurs semblables.

Vous le voyez, Messieurs, le martyrologe de la médecine aliéniste était déjà bien rempli ; il compte aujourd'hui une page de plus, et il est bien à craindre que ce ne soit pas la dernière.

Que de choses dans la funeste catastrophe qui nous réunit au bord de cette tombe, sous les murs mêmes de l'asile dont M. Marchant a été, en grande partie, le créateur, dont il n'a jamais cessé d'être le chef plein de dévouement et d'activité.

C'est, d'abord, une perte irréparable pour son jeune fils que tout le monde aimait et estimait déjà, que tout le monde aimera davantage encore, après un pareil malheur. Que pouvons-nous faire aujourd'hui pour lui ? Partager sa douleur, car nous savons que nous serions impuissants à la consoler.

C'est, ensuite, un deuil profond pour la famille médicale, et en particulier pour la corporation des médecins des asiles d'aliénés. Quel chagrin pour eux de voir se terminer ainsi la carrière de leur doyen, du dernier des élèves d'Esquirol qui fût encore en exercice !

Mais c'est surtout un enseignement pour tout le monde, et à ce titre le retentissement de la triste cérémonie à laquelle nous assistons devrait s'étendre bien au delà de cette enceinte et de cette ville.

Quoi de plus frappant que de voir, démontrés par une éloquente expérience, les dangers journaliers peu connus du public et pourtant bien réels auxquels ne cessent d'être exposés les médecins voués au traitement des maladies mentales. Personne n'hésite à rendre hommage au courage médical qui se déploie sur le champ de bataille ou au cœur des épidémies. Le même respect n'est-il pas légitimement dû au courage modeste et obscur du médecin d'asile qui, chaque matin, sans paraître se douter qu'il y a une sorte d'héroïsme à agir ainsi, commence la visite de ses malades, et ne sait pas s'il est bien certain d'en revenir vivant. Et parfois, vous le voyez, il n'en revient pas.

Y a-t-il beaucoup de manières plus nobles d'accomplir son devoir, et le danger est-il moindre parce qu'il est de tous les jours, et de tous les instants ?

Ne croyez pas cependant, Messieurs, que personne dans ce groupe trop souvent méconnu d'hommes studieux et dévoués, se laisse intimider par le funèbre exemple que nous déplorons tous aujourd'hui. Ce que les médecins d'asile ont fait jusqu'à ce jour, ils continueront à le faire, sans défaillance et sans hésitation.

Ils savent que les infortunés malades dont la raison égarée peut armer le bras, ont besoin de leurs soins et de leur zèle. Ils savent qu'ils sont presque seuls à comprendre, j'allais dire à aimer les aliénés. Ils savent, enfin, que c'est à la fois leur devoir et leur honneur de tout sacrifier aux malades qui leur sont confiés, et ils continueront à accomplir ce devoir, fussent-ils, eux aussi, en mourir !

Marchant leur aura ouvert la voie. Le terre va recouvrir, à nos yeux, ses derniers restes, mais sa mémoire vivra regrettée et honorée, son nom ne sera oublié, ni de nous qui l'avons connu, ni de ceux auxquels nous apprendrons à le connaître.

D^r L. L.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE.

La *Société française de tempérance* a tenu sa séance solennelle le 20 mars, sous la présidence de M. Frédéric Passy, membre de l'Institut.

Après avoir entendu une allocution ébaleureuse de M. Frédéric Passy, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. LUNIER, secrétaire général, celui de M. GUIGNARD sur le concours de 1884, et le rapport de M. DURAND-FARDEL, sur les récompenses, la Société a décerné : à M. Elie Berthet, une médaille de vermeil et un prix de 500 francs ; 442 diplômes d'honneur, 48 médailles d'argent, 338 médailles de bronze, 42 livrets de caisse d'épargne de 25 francs, 43 collections de la première série de ses bulletins, 8 exemplaires du compte rendu du congrès de 1878; un exemplaire du tome 4^{or} de la 2^e série de ses bulletins, 30 collections de l'année 1880 du *Bon Conseiller*, et 460 abonnements pour l'année 1884 à ce journal mensuel publié sous son patronage.

Parmi les récompenses accordées nous relèverons les suivantes :

Médailles d'argent : MM. Verron (Louis), surveillant général à l'asile d'Alençon ; Latour (François), régisseur à l'asile d'Auch ; et Périnet (Noël-Alpin), commis dépensier à l'asile de Châlons-sur-Marne ;

Diplômes d'honneur : MM. Costenoble (Jean), commissionnaire à l'asile de Bailleul ; Esclarmonde (Etienne), infirmier à l'asile de Cadillac ; Bourgeois (François), jardinier ; Jumel Vaast, surveillant chef ; Guérard (Louis), surveillant ; Carpentier (Auguste) et Wacheux (Louis), infirmiers ; Duehemain (Ambroise), charretier ; Moreuil (Eugène), magasinier à l'asile de Clermont (Oise) ; Bonnefous (Pierre) et Julien (Louis), gardiens d'ateliers à l'asile de Rodez ; Barat (Joachim), surveillant chef ; Durrieu (Pierre), jardinier ; Delort (Jean), et Dupuy (Louis), infirmiers à l'asile de Saint-Lizier ;

Médailles de bronze et livrets de 25 francs : MM. Bousselot (Louis-Michel), concierge à l'asile d'Alençon ; et Dedieu (Pierre), tisserand à l'asile de Saint-Lizier ;

Médailles de bronze : MM. Gillet (Pierre-Marie), chef cocher à l'asile de Ville-Evrard ; Deroo (Henri), chef menuisier, à l'asile de Bailleul ; Figeac (Jean), infirmier, et Monbertrand (Hippolyte), commissionnaire à l'asile de Breuty ; Lemaire (Joseph), tailleur et Letellier (Alfred), charretier à l'asile de Clermont (Oise) ; Ambroise (Jules), surveillant de 4^{re} classe à l'asile de Maréville ; Marzin (Yves), jardinier à l'asile de Morlaix ; Darguin (Bernard), chef de culture ; Barat (Jean), infirmier et Génie (Louis), forgeron à l'asile de Saint-Lizier.

Le conseil d'administration de la Société, dans sa séance du 4^{er} juin 1884, a décidé :

1^o Que tous les travaux se rapportant à la tempérance et aux boissons alcooliques envisagées sous le rapport soit de leur composition, soit de leur action sur l'économie, seraient admis au concours de 1882 ;

2^o Que des récompenses pourraient être accordées aux travaux imprimés aussi bien qu'aux travaux manuscrits envoyés à la Société.

Mais la Société a mis de nouveau au concours, pour l'année 1882, la question suivante :

Les alcools introduits dans l'économie y subissent-ils des modifications ?

Le prix sera de 2,000 francs.

Les ouvrages ou mémoires devront être remis au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, avant le 4^{er} janvier de l'année 1882.

Pour le concours spécial, les mémoires écrits en français seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DE LONDRES

Section des maladies mentales.

Le comité organisateur de la section adresse à tous les médecins aliénistes les questions thérapeutiques suivantes, avec l'espoir de recevoir de nombreuses réponses qui formeront les bases d'une discussion pratique au congrès :

Emploi des narcotiques et de l'alcool.

Quels hypnotiques employez-vous chez les aliénés ?

Quels sont les cas d'aliénation mentale où vous employez les narcotiques et quels sont les remèdes que vous préférez ?

En quel cas donnez-vous l'alcool à vos malades ? Quelle est la forme (vins, spiritueux, bière, etc.) que vous employez ?

Les réponses doivent être adressées au D^r Gasquet, Saint-Georges-Retreat, Burgess Hill Sussex (Angleterre).

DES ALIÉNÉS DANS L'AUSTRALIE DU SUD.

L'Australie du sud possède deux établissements d'aliénés qui sont dirigés, d'ailleurs, d'après les mêmes principes que ceux de la mère patrie, on ne compte donc dans l'Australie du sud que 2 aliénés par 4,600 habitants.

(Notice sur les possessions anglaises dans l'Océanie.)

FAITS DIVERS.

Un surveillant d'asile dangereusement blessé par un aliéné paralytique. — Une tentative d'homicide qui aurait pu avoir les conséquences les plus graves a été commise, le 2 avril dernier,

à l'asile d'Alençon, sur la personne du surveillant en chef, M. Verron, par un aliéné affecté de démence paralytique.

Ce malade, habituellement difficile et exéité, profita d'un moment où le surveillant, auquel il attribuait son maintien prolongé à l'asile, mettait une clef dans une serrure, pour lui asséner, avec violence et par derrière, plusieurs coups d'une arme qu'il avait fabriquée avec une tige de fer, servant de fêche d'arpenteur.

Le malheureux surveillant reçut ainsi neuf blessures, dont plusieurs pouvaient être mortelles; il eut néanmoins assez de sang-froid et de modération pour s'efforcer de maltraiter son agresseur, sans lui rendre aucun coup ni lui faire le moindre mal.

M. Verron, qui est un excellent surveillant, et compte vingt-trois ans de bons services dans l'asile, a été soigné avec le plus grand dévouement par MM. les D^{rs} Poret, directeur-médecin de l'établissement, et Chambay, membre de la commission de surveillance.

Le résultat des blessures a, du reste, été moins grave qu'on n'était autorisé à le craindre au début; au bout d'un mois, M. Verron était assez bien rétabli pour commencer à reprendre son service; mais il ressentait encore des douleurs dans plusieurs régions du corps et toutes ses plaies n'étaient pas cicatrisées.

Cet accident est une nouvelle preuve des dangers auxquels sont exposées les personnes qui, à tous les degrés, se consacrent aux soins à donner aux aliénés. Ne serait-il pas équitable de leur en tenir un juste compte?

— La Société nationale d'encouragement au bien, autorisée par décision ministérielle du 5 décembre 1862, a décerné, le 22 mai dernier, une médaille d'honneur à M^{me} de Séré (Marie-Thérèse-Rose), en religion sœur Stanislas, pour dévouement à l'humanité.

La sœur Stanislas, née à Foix (Ariège) en 1814, est entrée en religion à l'âge de 20 ans. Elle fut chargée, jusqu'en l'année 1853, de la direction d'un orphelinat de jeunes filles à Bordeaux et, depuis vingt-deux années, elle est supérieure des sœurs hospitalières de l'asile d'aliénées, situé dans la même ville.

Sa vie, dit la notice publiée par les journaux de la localité, est un exemple de tous les sacrifices comme de toutes les vertus.

E. G.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

CHRONIQUE



LA MÉDECINE MENTALE A LONDRES

Association médico-psychologique anglaise. — Congrès international de médecine. — État actuel du régime des aliénés en Angleterre. — Mégégalomanie. — Théorie des hallucinations. — Procédé pour la préparation des grandes sections cérébrales. — Altération spontanée du cerveau dans l'alcool. — Enseignement public des maladies mentales. — Rapports entre l'aliénation mentale et la paralysie agitante. — Accès subits d'alcoolisme à la suite d'un choc moral. — Rapports entre l'altération crânienne et les lésions intellectuelles chez les idiots. — Localisation des hallucinations dans les circonvolutions occipitales. — Hallucinations unilatérales d'origine centrale. — Type du cerveau des criminels. — Stupeur mentale. — Influence de l'hypnotisme sur la respiration et la circulation. — Rapports entre la goutte et la folie. — Caractères anatomiques et symptomatiques de l'épilepsie vraie. — Jurisprudence anglaise relative aux testaments.

Les médecins qui, de tous les pays civilisés, se trouvent actuellement réunis à Londres, éprouvent un grand embarras ; c'est celui d'avoir à faire un choix au milieu des nombreuses sollicitations qui les appellent vers tant de réunions

scientifiques différentes, vers tant de collections remarquables, vers tant d'établissements charitables et hospitaliers.

L'embarras est encore plus grand pour les médecins aliénistes, puisque, pour eux, la visite des établissements spéciaux, qui attirent à juste titre leur principale attention, exige des déplacements plus considérables, la plupart des asiles étant assez éloignés de la ville.

Que l'on ajoute à cela les invitations de toutes sortes qui abondent, de la part des médecins anglais empressés à offrir à leurs confrères étrangers leur cordiale et inépuisable hospitalité, et il sera facile de comprendre que la semaine que viennent de passer à Londres un si grand nombre de nos compatriotes a été des mieux remplies et des plus intéressantes.

Nous pensons être agréable à nos lecteurs en mettant sous leurs yeux un abrégé de ce qui, dans ces grandes assises de la médecine internationale, regarde plus spécialement la connaissance et le traitement des maladies mentales. Nous regrettons d'être obligé de nous borner aux communications purement scientifiques. Nous ne pourrions aller au delà sans entrer dans des développements beaucoup trop longs.

La journée du mardi 2 août a été, tout entière, consacrée à la réunion annuelle de l'Association Médico-Psychologique Anglaise. Deux séances ont été tenues dans l'une des salles du collège de l'Université de Londres, vaste établissement scientifique où sont réunies plusieurs branches d'enseignement, y compris l'enseignement médical.

La séance du matin a été presque exclusivement consacrée à l'expédition des affaires administratives intéressant l'Association, installation du nouveau président, réélection du bureau, etc.

Le Dr Clouston, d'Edimbourg, qui depuis neuf années

était l'un des éditeurs du *Journal of mental science* a demandé à se retirer et a reçu, à cette occasion, l'expression unanime des remerciements et des regrets de ses collègues. Le Dr Campbell, de Carlisle, a terminé cette première séance par la lecture d'un travail dans lequel il a cherché à démontrer combien il était injuste de prononcer des condamnations contre des seryiteurs d'asiles d'aliénés, sur le seul témoignage de malades se plaignant d'avoir été maltraités (il paraît que le fait s'est récemment produit en Angleterre). Le Dr Campbell a cité un grand nombre de cas, les uns tirés de sa propre pratique, d'autres communiqués par des confrères, et montrant avec quelle facilité des contusions, des ecchymoses, des fractures même peuvent se produire, chez certains aliénés, sans que cela soit de la faute des personnes chargées de les soigner ; il a aussi rapporté les cas de quelques malades qui se frappaient et se blessaient volontairement dans le seul but de faire croire qu'ils avaient réellement à se plaindre des gardiens.

La séance de l'après-midi a été surtout remplie par la lecture du discours officiel que l'usage impose à chaque nouveau président. Le Dr Hack Tuke, dont tous les membres du congrès international de médecine mentale, tenu à Paris en 1878, ont gardé un si agréable souvenir, s'était proposé de retracer le mouvement général de la science psychiatrique, pendant les quarante années écoulées entre 1844 et 1884, c'est-à-dire depuis la fondation de l'Association jusqu'à ce jour. Tout en parlant, surtout, de ce qui s'est passé en Angleterre, il a su faire une part équitable aux efforts des autres pays, et en particulier à l'initiative prise à bien des égards par les médecins français. Nous devons le remercier, d'une manière toute particulière, d'avoir rappelé, dans les termes les plus bienveillants, que les *Annales médico-psychologiques* ont été le premier journal exclusivement consacré à l'étude des maladies mentales. Il n'a pas hésité à reconnaître qu'il était impossible de répondre encore à cer-

taines questions controversées, telles que celles de savoir si le traitement purement pharmaceutique de la folie a fait, de nos jours, des conquêtes d'une utilité réellement incontestable, ou si l'on peut constater, à l'autopsie de tous les aliénés, l'existence de lésions anatomiques véritablement liées à l'existence de la folie. Mais il a pu affirmer et démontrer que, sous bien d'autres rapports, et particulièrement pour tout ce qui concerne le bien-être matériel des malades, et la nature des soins qui leur sont donnés, le changement était complet et l'amélioration absolue.

Une pareille profession de foi était trop justifiée par les faits pour avoir besoin d'être confirmée ; elle a reçu cependant, la consécration la plus honorable de la part de lord Shaftesbury qui honorait la réunion de sa présence. Placé depuis cinquante-deux ans à la tête des *Commissionners in Lunacy*, le noble lord qui conserve, à 84 ans, une aptitude complète pour les affaires, et une éloquence familière des plus sympathiques, a bien voulu expliquer avec certains détails ce que, pendant cette longue période d'efforts continus, il avait voulu entreprendre et ce qu'il avait réussi à obtenir pour l'amélioration du sort des aliénés. Sans mettre en doute les nouveaux progrès que l'avenir pourra encore réaliser, il a rendu une justice méritée à ceux obtenus jusqu'à ce jour ; et l'unanimité des applaudissements qui ont accueilli son allocution a montré combien elle était d'accord avec les sentiments de l'auditoire auquel il s'adressait.

Le Congrès international, proprement dit, a été ouvert le mercredi matin 3 août, devant un auditoire de trois mille médecins et en présence du Prince de Galles, par une séance solennelle, où plusieurs des illustrations médicales de la France ont été brillamment applaudies.

Dans l'après-midi du même jour, toutes les sections, au nombre de quatorze, ont été appelées à commencer leurs travaux, dans les locaux respectifs préparés pour elles.

La huitième section, consacrée aux maladies mentales, siégeait dans le local de la Société Asiatique de Londres, rue Albemarle, n° 22. Elle avait pour président le D^r Lockhart Robertson, et pour vice-présidents les D^{rs} Crichton Brown et Maudsley. Les deux premiers sont des inspecteurs chargés de visiter les aliénés riches et aisés placés sous la protection directe du lord grand-chancelier; le troisième, l'un des gendres de Conolly, est professeur de médecine légale au collège de l'Université de Londres. Tous trois sont généralement connus par leurs travaux scientifiques, et les ouvrages de physiologie psychiatrique de Maudsley sont presque aussi répandus en France qu'en Angleterre.

Le président a inauguré les travaux de la section par un discours d'ouverture dans lequel il s'est proposé de faire connaître, principalement à l'intention des médecins étrangers, la constitution présente du service des aliénés en Angleterre, en la comparant à celle de l'Écosse qui en diffère à certains égards.

Le nombre des aliénés officiellement reconnus, en Angleterre, est de 71,000, ce qui donne une proportion de 27,9 pour 40,000 habitants et de 1 pour 350 habitants. Sur la masse des aliénés reconnus, les neuf dixièmes sont indigents et traités aux frais du public, sur le produit de l'impôt, et un dixième seulement est aisé ou riche et traité à ses propres frais.

M. Robertson a divisé son sujet, avec beaucoup de méthode, en quatre parties consacrées à faire connaître la situation actuelle en ce qui concerne :

Les asiles publics des diverses catégories;

Les asiles privés;

Les malades traités chez des particuliers;

La législation relative aux aliénés.

N'ayant pas le temps d'entrer dans aucun détail, nous nous contenterons de rappeler que la question des réformes

à apporter à la législation applicable aux aliénés est, depuis plusieurs années, en Angleterre, l'objet d'études approfondies. Une enquête officielle a été ordonnée par la Chambre des communes et effectuée en 1877 par une commission exclusivement composée de membres choisis dans son sein.

M. Dyllwin, membre du parlement, qui avait pris l'initiative de cette enquête, a présenté, depuis, à la Chambre des communes, un projet de loi où il s'est proposé de remédier aux principaux inconvénients signalés par l'enquête; le gouvernement, sans combattre bien vivement le projet de M. Dyllwin, a fait ses réserves, promettant de présenter, lui-même, un projet de réforme aussitôt qu'il aurait le loisir de s'occuper de cette question. Dans ces conditions, le projet a été adopté en seconde lecture et renvoyé à une commission qui, paraît-il, lui a fait subir de profondes modifications; puis la fin de la session approchant, et les travaux indispensables étant très nombreux, l'auteur a reconnu qu'il ne pourrait obtenir son tour pour la troisième lecture et il a complètement retiré son projet. Tout est donc à recommencer; la question, cependant, excite assez l'intérêt du public pour que l'on considère comme certain que la prochaine session ne se passera pas sans que la Chambre des communes s'en occupe. Mais sera-ce d'une manière définitive? C'est ce que personne ne peut prévoir jusqu'à présent.

Nous allons, maintenant, passer rapidement en revue les principaux sujets traités dans les séances qui ont eu lieu, chaque matin, et qui ont réuni un auditoire d'une soixantaine de médecins spécialistes, venus des différents pays de l'Europe et de l'Amérique.

Séance du jeudi 4 août. — Par suite de l'absence du Dr Luyé, dont il est si regrettable que les préparations de microscopie cérébrale n'aient pu être présentées au con-
grès,

la parole a été donnée au D^r Foville, pour la lecture d'un mémoire dans lequel il a tracé les traits caractéristiques du délire partiel avec prédominance d'idées de grandeurs; rappelant la description déjà donnée par lui, il y a douze ans, de cette forme de délire partiel, il a montré qu'elle était toujours consécutive, associée à des hallucinations de l'ouïe et à des idées de persécutions. Loin de former une monomanie distincte, comme on le pensait autrefois, elle n'est qu'une période avancée de la lypémanie partielle, et elle paraît surtout fréquente parmi les enfants naturels.

Cette lecture a été suivie d'une discussion à laquelle ont pris part MM. les D^{rs} Clouston, Savage, Maudsley, Ireland, de Jong, dont la plupart des observations ont confirmé les vues qui venaient d'être exposées; le D^r Maudsley a rapporté un cas de mégalomanie très nette, développée chez un enfant naturel; le D^r Savage a dit que, par un travail intellectuel analogue à celui qui se passe dans le cas de naissance illégitime, cette forme de délire partiel se présente souvent à son observation, à l'hôpital de Bethlehem, chez des institutrices, jeunes femmes instruites mais peu aisées, qui sont admises dans les familles les plus distinguées par le rang et la fortune sans y être, bien souvent, traitées autrement que comme des domestiques; sous l'influence de ces impressions contradictoires, elles sont souvent entraînées, par leur imagination malade, à former un roman pathologique dont elles sont les héroïnes méconnues et où se trouvent réunies les hallucinations de l'ouïe, les idées de persécutions et les idées ambitieuses.

Le D^r Fournié, de Paris, a lu ensuite un chapitre de sa *Physiologie cérébrale*, dans lequel il s'efforce de démontrer que les hallucinations ne seraient autre chose qu'un acte de la mémoire, mise en jeu d'une manière pathologique. Comme, d'autre part, il considère la mémoire comme localisée dans la substance grise des circonvolutions, il en conclut que les hallucinations ont leur siège dans la couche

corticale. Les couches optiques transforment les impressions en choses perçues, mais celles-ci ne s'enregistrent et ne s'emmagasinent que dans les cellules corticales.

Cette lecture a été écoutée avec intérêt, mais l'assimilation faite entre les hallucinations et les actes de la mémoire n'a pas été sans provoquer des contradictions, notamment celles de MM. Crichton Brown et Ireland. Le professeur Lasègue, de son côté, a cru devoir faire des réserves à cet égard et, considérant les deux séries de phénomènes comme distinctes l'une de l'autre, il a signalé l'impossibilité d'éclairer les problèmes de la physiologie intellectuelle de l'homme par des expériences faites sur les animaux.

Ensuite, au nom du Dr Holler, médecin d'un des asiles de Vienne en Autriche, a été lue par l'un des secrétaires, la description d'une méthode propre à l'auteur pour la préparation des grandes sections des cerveaux humains. Ce procédé consiste à durcir les cerveaux avec le bichromate de potasse ou la solution de Muller, sans employer d'alcool. On pratique ensuite les coupes que l'on colore par le carmin ammoniacal; on les fixe à l'aide du baume de Canada et si elles sont encore trop épaisses, on les amincit en les raclant soit avec des couteaux ordinaires, soit avec des couteaux spéciaux en forme de ténotomes. A l'appui de cette description, l'auteur avait envoyé une collection de pièces conservées que l'on a fait circuler et qui ont été l'occasion de diverses observations.

A la suite de cette communication, M. le Dr Savage, médecin de l'hôpital de Bethlehem, a fait savoir que, d'après ses observations personnelles, la conservation dans l'alcool déterminait souvent, dans les cerveaux, des modifications microscopiques que l'on ne pouvait distinguer des modifications produites par les dégénérescences miliaires, colloïde ou amyloïde.

La séance s'est terminée par une lecture très intéressante sur l'enseignement public des maladies mentales par le

D^r Clouston, médecin de l'asile royal et professeur de psychiatrie à Edimbourg. Une discussion fort animée a suivi cette lecture et s'est prolongée pendant la première partie de la séance du lendemain; les D^{rs} Bucknill, Hack Tuke de Londres, Macdowall de New-York, Ball de Paris, Yellowlees de Glasgow, Mould de Manchester, Maudsley, Harrington Tuke, Forbes Winslow de Londres y ont pris part et ont fait connaître, soit les résultats de leur pratique personnelle, soit les difficultés de la généralisation de cet enseignement. En résumé, il paraît impossible de formuler un système uniforme, applicable partout, et le mieux est de se plier aux circonstances locales, en tâchant d'en tirer le meilleur parti possible.

Séance du vendredi 5 août. — Après la fin de la discussion précédente, M. le professeur Ball a fait une lecture qui a été écoutée avec le plus vif intérêt, sur les troubles intellectuels qui, plus souvent qu'on n'a paru le croire jusqu'ici, se développent en même temps que la paralysie agitante, et qui, d'après les faits observés par lui, peuvent se présenter sous trois formes différentes, celle de la lypémanie, celle de la démence partielle et celle de l'excitation rémittente. Une observation détaillée de chacune de ces formes a été rapportée par M. Ball qui a exprimé l'opinion que l'attention une fois fixée de ce côté, les cas de ce genre seraient loin de paraître exceptionnels. Des faits analogues ont été immédiatement rapportés par MM. Savage, Rayner, Bucknill, ce qui a montré combien l'opinion de M. Ball était fondée.

La parole a été ensuite donnée à M. Motet pour une communication relative à la médecine légale. Il a montré que, chez des buveurs d'habitude, les phénomènes propres à l'accès d'alcoolisme aigu ou subaigu peuvent se développer, d'une manière subite, à la suite d'un choc, ou, comme il l'a dit ingénieusement, d'un traumatisme moral, de

même que l'on voit des phénomènes analogues se développer sous l'influence d'une maladie interne, telle qu'une pneumonie ou d'un traumatisme physique, tel qu'une fracture. Il a insisté sur la nécessité de faire une part à ce genre de phénomènes dans la médecine légale, et sur l'importance qu'on doit leur donner dans l'étude de la responsabilité. Cette communication a été accueillie avec une faveur bien méritée. Malheureusement, la discussion n'a pas tardé à se dévier et d'un point clinique nettement limité, elle s'est étendue aux généralités relatives à l'alcoolisme et à l'épilepsie.

Le Dr Shuttelworth, médecin de l'asile pour idiots et imbéciles, à Lancaster, a ensuite montré une série de crânes représentant, d'après ses études, les types les plus habituels dans l'idiotie. Il a cherché, de plus, à établir une relation entre ces différents types de crâne et les principaux caractères intellectuels des malades. C'est ainsi que les microcéphales auraient peu de facilité pour parler, mais ils se feraient remarquer par une perception vive et des gestes expressifs. Les idiots du type kalmouc ou mongol auraient l'oreille juste pour la musique, de l'aptitude à apprendre, et imiteraient facilement ce qu'ils verraient faire. Les idiots crétinoïdes auraient l'intelligence obtuse et brute; ils pourraient cependant, le plus habituellement, parler assez bien. Quant aux hydrocéphales, aux macrocéphales par hypertrophie des parois crâniennes, aux scaphocéphales par suite de compression pendant l'accouchement, il n'y aurait pas de règles à poser et l'intensité des troubles intellectuels serait en rapport avec celle des lésions physiques. Ce sont là des recherches originales que peu de médecins sont, jusqu'à présent, en état de contrôler, mais qui méritent de fixer l'observation désormais.

Séance du samedi 6 août. — Le professeur Tamburini, médecin de l'asile de Reggio-Emilio en Italie, a ouvert la

séance, en parlant des rapports qui existeraient, d'après lui, entre les hallucinations et les altérations des centres corticaux de la région occipitale, c'est-à-dire de celle où se trouveraient les centres de la sensibilité, et plus particulièrement ceux de la sensibilité optique et auditive. Le professeur Ferrier qui avait bien voulu, à cette occasion, honorer la huitième section de sa présence, s'est félicité du concours que l'observation des troubles intellectuels propres aux diverses maladies mentales pouvait prêter à la détermination purement physiologique des localisations cérébrales; il a rappelé les derniers faits qui, d'après lui, établissent une relation intime entre la sensibilité optique et la région occipitale du cerveau.

A l'occasion d'un sujet voisin de celui-là, les hallucinations unilatérales, le Dr Robertson, de Glasgow, a dit que ces hallucinations sont assez fréquentes, même sans tenir compte des cas où l'on peut les rapporter à une lésion périphérique d'un organe sensoriel. Elles sont surtout auditives, existent presque toujours à gauche, et s'observent principalement dans les cas d'alcoolisme récent. Comment expliquer cette action élective de l'alcool sur une seule moitié des centres nerveux corticaux? Cela tiendrait, d'après l'auteur, à ce qu'une région cérébrale pourrait être, soit par suite d'une disposition congénitale, soit par suite d'une disposition acquise, plus faible que les autres régions et par conséquent plus accessible à l'influence de toutes les causes morbides. Mais cette localisation de l'influence morbide reste rarement limitée; elle se généralise promptement et l'ensemble des fonctions cérébrales se trouve alors compromis.

Le professeur Benedict, de Vienne, a ensuite montré une collection de cinquante cerveaux de criminels recueillis par lui. De l'étude qu'il en a faite, il conclut que ces cerveaux s'écartent, en général, du type normal et se rapprochent du type des mammifères; les particularités sur lesquelles il insiste le plus sont la confluence des différentes scissures, par la suppression des plis de passage qui les séparent ordi-

nairement, et l'augmentation du nombre des circonvolutions frontales par l'apparition de scissures nouvelles. En résumé, les cerveaux examinés par le professeur Benedict appartiennent, d'après lui, à un type inférieur d'organisation humaine.

Très affirmatif au point de vue de la science pure, M. Benedict s'est montré très réservé au point de vue des applications sociales à faire de sa théorie. La question, dit-il, doit être mise à l'étude, mais le moment des solutions pratiques n'est pas encore arrivé, et dans tous les cas, la Société ne peut abandonner le droit qu'elle a de se défendre contre ceux qui la mettent en péril. Sans pouvoir reproduire la discussion, assez confuse, qui a suivi cette présentation, nous nous contenterons de dire que plusieurs des médecins qui l'avaient entendue, visitant, quelques jours après, l'asile des aliénés criminels de Broadmoor, ont remarqué la régularité de la tête de la plupart des habitants de cet asile et même la beauté d'une assez grande proportion de ces têtes. Malheureusement, le professeur Benedict n'était pas là pour dire si les aliénés criminels obéissent aux lois organiques des criminels ordinaires.

Le Dr Hack Tuke a terminé la séance par une étude clinique de la stupeur. Il a rappelé que, théoriquement, cette forme répond à deux conditions bien différentes des fonctions cérébrales. Dans l'une, ces fonctions seraient réellement suspendues et comme momentanément abolies; c'est ce que Pinel appelait la démence aiguë, et les Anglais ont conservé cette dénomination, *dementia acuta*. Dans l'autre, le malade est en proie à un délire très actif, et, sous l'influence d'hallucinations terrifiantes, il suspend volontairement toute manifestation intellectuelle; c'est la *melancolia attonita* de Sauvage, la mélancolie avec stupeur de Baillarger. D'après M. Tuke, la distinction de ces deux ordres de cas, parfois possible tout au début de l'affection, cesserait bientôt de l'être, et le diagnostic différentiel ne pourrait se

faire qu'après la guérison ; il propose, en conséquence, de renoncer au terme de *dementia acuta* et de se contenter de celui de stupeur mentale. Nous regrettons de ne pouvoir nous étendre sur les vues intéressantes de l'auteur relativement aux rapports cliniques qui existent entre la stupeur mentale et la catalepsie et sur les essais de traitement de cette forme morbide par l'hypnotisme.

Séance du lundi 8 août. — La dernière séance a été très remplie, et nous devons, malheureusement, être encore plus bref dans notre résumé.

Le professeur Tamburini a rendu compte des études qu'il a entreprises, avec son adjoint le Dr Seppili, sur l'état des fonctions organiques des sujets hypnotisés. Il a présenté une série de tracés graphiques, pris à l'aide des appareils enregistreurs les plus perfectionnés et qui montrent les modifications subies, par les sujets hypnotisés, sous l'influence de divers agents tels que les métaux, les aimants, les excitants cutanés. Cette communication a été écoutée avec intérêt, mais aucune discussion n'a été possible, la question étant encore toute nouvelle et le terrain appelant de nouveaux explorateurs.

Le Dr Rayner, médecin du grand asile d'Hanwell, près Londres, a lu un mémoire sur les relations entre la goutte et la folie ; lorsque des troubles intellectuels coïncident avec la goutte, ce qui est loin d'être fréquent, ils devraient être attribués, d'après l'auteur, à une altération du sang, comme cela se produit pour l'intoxication alcoolique ou l'intoxication saturnine.

Le professeur Lasègue a fait ensuite une communication qui a vivement intéressé les auditeurs, sur l'épilepsie. Il a insisté surtout sur la nécessité d'établir une distinction absolue entre la seule épilepsie vraie, d'après lui, celle qui tient à une malformation du crâne, et toutes les autres variétés d'affections épileptoïdes qui peuvent succéder à

une déformation du crâne, à un traumatisme ou une lésion organique du cerveau, à une intoxication, etc.

La seule épilepsie vraie (*vera* ou *genuine*) aurait pour caractères essentiels de se développer, spontanément, à l'époque de la consolidation du crâne, c'est-à-dire de douze à dix-huit ans, et de s'accompagner d'une asymétrie constante des os de la base du crâne, asymétrie qui se traduirait d'une part, du côté de la face, par l'obliquité des traits et notamment de la bouche (strabisme buccal), d'autre part, du côté du trou occipital, par l'obliquité de cet orifice et consécutivement par la compression du bulbe rachidien. Ces défectuosités seraient seules réellement essentielles, et les altérations de forme de la convexité crânienne auraient très peu d'importance. Ce seraient donc les défauts de symétrie de la face qu'il faudrait surtout rechercher cliniquement parce que ce sont eux qui traduisent les défectuosités de la base du crâne.

Au point de vue de l'hérédité de cette affection, M. Lasègue a formulé une manière de voir qui s'écarte de l'opinion reçue ; il pense que l'hérédité directe, ascendante ou descendante, est exceptionnèlle, mais il n'en est pas de même de l'hérédité déviée, c'est-à-dire de celle qui se traduit par des maladies ou des infirmités variables du système nerveux. Cette épilepsie est surtout nocturne, mais elle ne se produit jamais au commencement de la nuit ; elle éclate de préférence au moment du passage du sommeil à la veille. Les attaques peuvent présenter toutes les variétés du petit et du grand mal ; mais elles ne se modifient pas en s'aggravant d'une manière graduelle ; les premières sont identiques aux dernières. Ce qui, au point de vue du pronostic intellectuel, est plus important encore que les attaques proprement dites, c'est la marche de la maladie dans l'intervalle des crises convulsives.

Les travaux du congrès se sont terminés par une communication du D^r Bucknill sur la jurisprudence médico-

légale relative aux testaments, et sur la capacité testamentaire. Ecrite principalement au point de vue des lois anglaises, cette étude est assez difficile à reproduire en français.

Plusieurs travaux annoncés n'ont pu être lus soit faute de temps, soit par suite de l'absence des auteurs.

Le rapide examen auquel nous venons de nous livrer, est beaucoup trop sommaire pour permettre d'apprécier toute la valeur des communications qui ont été faites et des discussions auxquelles elles ont donné lieu.

Notre but sera atteint, cependant, si nous avons réussi à montrer quel a été l'intérêt scientifique de ce congrès ; nous croyons pouvoir ajouter, sans aucune partialité, que dans la section des maladies mentales, comme dans toutes les autres, la science française n'a cessé d'occuper un rang fort honorable. En tout cas, ses représentants ont toujours été accueillis de la manière la plus cordiale et la plus confraternelle.

Londres, le 10 août 1881.

A. F.

Pathologie

DE LA COEXISTENCE
DE
L'HYSTÉRIE ET DE L'ÉPILEPSIE
AVEC MANIFESTATIONS DISTINCTES DES DEUX NÉVROSES
(HYSTÉRO-ÉPILEPSIE A CRISES DISTINCTES)
CONSIDÉRÉE DANS LES DEUX SEXES
ET EN PARTICULIER CHEZ L'HOMME
(Mémoire qui a obtenu le prix Esquirol en 1881)
Par M. D'OLIER
Interne des hôpitaux de Paris.

Nous avons eu l'occasion d'observer à Bicêtre, dans le courant de cette année, un certain nombre de malades présentant, d'une part, de *grandes attaques hystériques* et, d'autre part, des *accès d'épilepsie*.

Cette coexistence de l'hystérie et de l'épilepsie n'est pas un cas d'observation nouvelle. Sans remonter jusqu'à Willis et Hoffmann, dont les faits rapportés en quelques lignes laissent trop à l'interprétation du commentateur, on peut dire que les auteurs l'ont depuis longtemps mentionnée et décrite chez la femme. Dès 1836, Beau dans son travail statistique (*Recherches sur l'épil. et l'hyst.* — Arch. gén. de méd.) distingue l'hystérie coexistant avec des accès d'épilepsie et celle qui coexiste avec des *vertiges*. Mais c'est Esquirol qui paraît avoir insisté le premier sur ce point

dans son *Traité des maladies mentales* (1838, tome I^{er}) où il est dit, p. 284 : « Il est des hystériques qui sont en même temps épileptiques...; avec un peu d'habitude on reconnaît fort bien, lorsque les attaques sont séparées, à laquelle des deux maladies appartiennent les convulsions auxquelles les malades sont actuellement en proie. » Enfin, Landouzy (*Traité de l'hystérie*, 1846) donna à la coexistence des deux névroses, avec attaques distinctes, le nom d'*hystéro-épilepsie à crises séparées*. Cette appellation ne peut plus être conservée aujourd'hui, le nom d'*hystéro-épilepsie* étant désormais réservé à l'ancienne *hystéro-épilepsie à crises combinées* (Landouzy), *hystérie à attaques mixtes* (Briquet), *hystérie épileptiforme* de Tissot, Dubois (d'Amiens), etc. M. Charcot a, en effet, montré qu'il s'agit là, non d'un mélange, à doses plus ou moins égales, d'hystérie et d'épilepsie, comme on l'avait cru d'abord, mais d'une espèce morbide nettement distincte. La première période des attaques qui, seule, reproduit à l'état d'ébauche le type épilepsie, diffère d'ailleurs notablement de l'épilepsie vraie par l'absence complète de *petit mal* et de *vertiges*, par l'influence qu'exerce sur elle la *compression de l'ovaire*, enfin et surtout par l'absence complète dans l'état de *mal hystéro-épileptique* de l'élévation thermique qui est un des caractères les plus remarquables de l'état de mal épileptique. (Charcot, *Lec. sur les mal. du syst. nerveux*, 1877, I, p. 375 et suiv. et Bournville. *Etudes cliniques et therm. sur les maladies du système nerveux*.)

Aujourd'hui, l'*hystéro-épilepsie* (*hysteria major*) dont nous venons en quelques mots de retracer l'histoire, tend à être considérée comme le type complet de l'*hystérie*, dont les autres formes ne seraient que des modes plus ou moins atténués. M. P. Richer indique dans sa thèse (*Etude descriptive de la grande attaque hystérique*, 1879), cette opinion de M. Charcot, qui, dit-il, ne voit dans l'*hystéro-épilepsie* que le degré le plus intense de l'*hystérie*. Poursuivant cette idée, il se propose de démontrer dans son

travail que « l'attaque régulière (grande attaque hystérique) peut se montrer diversement pour constituer de nombreuses variétés qu'il est possible de rattacher au type principal. L'attaque d'hystérie vulgaire, ou petite hystérie, n'est qu'une atténuation de la grande attaque hystérique ou attaque d'hystéro-épilepsie » (p. 3 et suiv.).

L'existence *distincte* chez le même individu d'attaques hystériques et d'accès d'épilepsie n'est pas un fait aussi exceptionnel qu'on pourrait d'abord le croire. M. Beau, qui a étudié à la Salpêtrière, l'aurait relevée 20 fois sur 276 malades. Il existe en ce moment à Bicêtre sur un service de 234 malades du *sexe masculin*, 222 épileptiques et idiots dont 82 enfants et 42 cas d'hystérie dont 8 surtout sont très remarquables. Cette proportion de près de 1/20^e d'hystériques paraîtra sans doute considérable si l'on songe que l'hystérie chez l'homme est encore considérée aujourd'hui comme très exceptionnelle.

Il est intéressant, au point de vue de l'influence du sexe sur la production de l'hystérie, de rapprocher ces chiffres de ceux que donne Beau à propos de la Salpêtrière : il y avait alors dans son service sur 273 malades, 209 épileptiques, 19 hystériques, 43 cas douteux, et 32 hystéro-épileptiques, soit, au total, un maximum de 64 hystériques sur 273 malades, c'est-à-dire un peu moins d'un *quart*.

Ainsi, toutes choses égales d'ailleurs, le rapport de fréquence de l'hystérie d'un sexe à l'autre serait celui de 1/4 à un 1/20, soit sensiblement un homme hystérique pour 5 femmes.

Quoi qu'il en soit de cette proportion, 7 de nos 12 malades sont à la fois hystériques et épileptiques et les deux maladies évoluent chez eux séparément ; chez les 5 autres et surtout chez 3 d'entre eux, on observe les anciennes *crises mixtes* ou grandes attaques hystériques.

Les divers modes de coexistence de l'hystérie et de l'épilepsie lorsque les manifestations des deux névroses

restent distinctes, ont été résumées par M. Charcot (*loc. cit.*) dans le tableau suivant :

- 1^o Hystérie survenant chez un sujet déjà épileptique ;
- 2^o Accès d'épilepsie survenant chez un sujet *préalablement* hystérique ;
- 3^o Hystérie convulsive coexistant avec des vertiges épileptiques ;
- 4^o Épilepsie se surajoutant à des accidents d'hystérie non convulsive (contracture, anesthésie, etc.).

Nous nous proposons de passer successivement en revue ces diverses combinaisons morbides chez la femme *et chez l'homme* : c'est ce dernier ordre de faits qui constituera surtout la partie personnelle de cette étude, dont les observations que nous avons recueillies à Bicêtre avec le concours et sous la direction de notre maître, M. Bourneville, ont été le point de départ.

Nous n'ignorons pas que formuler ainsi le programme de ce mémoire, c'est considérer comme résolue la question préalable de l'hystérie chez l'homme, qui reste encore en litige. Bien peu de médecins cependant soutiendraient aujourd'hui la doctrine ancienne fondée sur l'origine génitale de la maladie. « Cette erreur, dit M. Bernutz (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XVIII, p. 489), contre laquelle a protesté un si grand nombre de médecins depuis Ch. Lepois (1618) qu'il serait impossible de les citer tous, est actuellement réfutée par une collection de faits telle qu'il n'y a plus à y revenir, » et les disputes célèbres auxquelles se rattachent les noms de Louyer-Villermay, Georget, Landouzy, etc., ne peuvent avoir désormais qu'un intérêt historique. De nombreuses observations recueillies dans ces dernières années prouvent définitivement que l'hystérie peut atteindre le sexe masculin sans rien perdre pour cela de sa physionomie habituelle. Il n'est pas jusqu'à l'hyperesthésie ovarienne qui ne trouve son analogue, au point de vue fonctionnel, dans une hyperesthésie testiculaire et au point de vue topographique

dans une zone hystérogène limitée à la fosse iliaque, dont la compression a plus d'une fois suffi pour arrêter des attaques, tout comme s'il y avait eu un ovaire caché derrière la paroi abdominale.

Sans insister davantage sur ces faits, nous terminerons cette digression préliminaire en rapportant l'observation d'un enfant qui a présenté, pendant plusieurs mois, des troubles de la sensibilité et des phénomènes convulsifs paraissant se rattacher *exclusivement* à l'hystérie. Ce fait pourra nous servir de terme comparaison pour juger ceux qui vont suivre.

OBSERVATION I.

Roz..., treize ans.

Etat de la sensibilité. La sensibilité cutanée est égale et normale des deux côtés. La vue, l'ouïe, le goût et l'odorat présentent seulement un peu moins de finesse du côté gauche.

Zones hystérogènes (1). 1° *Clou hystérique* siégeant à deux centimètres en avant du vertex; la pression en ce point produit une douleur retentissant dans toute la tête. Il existerait à ce niveau une douleur spontanée immédiatement avant les attaques;

2° *Rachialgie* au niveau des 5e, 6e et 7e apophyses épineuses dorsales;

3° Zone dans le 7e *espace intercostal gauche*, à 4 ou 5 centim. de la colonne vertébrale;

4° Zones dans les 5^{es} *espaces intercostaux* un peu en avant de la ligne axillaire; la pression en ces points produit des douleurs lancinantes irradiant dans l'abdomen;

5° Au niveau de la partie supérieure du *sternum*;

6° Dans les *flancs*;

7° Dans les *fosses iliaques* (région ovarienne), surtout à gauche.

ATTAQUE. *Aura* caractérisée par la sensation d'une boule qui

(1) Nous nous servons volontiers de ce terme générique pour désigner les *zones limitées d'hyperesthésie*; où la compression détermine presque toujours des phénomènes d'irradiation douloureuse et dans quelques cas des attaques.

remonterait du bas-ventre à l'épigastre et au larynx où elle produirait de la strangulation ; l'ascension de cette boule se ferait en quatre ou cinq minutes, puis surviendraient des éblouissements, vertiges, bourdonnements d'oreilles, sentiment de constriction au niveau du front, enfin la perte de connaissance.

L'attaque débute alors par des *vagues abdominales* et un état de rigidité très prononcée faisant bientôt place à des convulsions éloniques violentes ; grands mouvements et balancement d'avant en arrière, interrompus de temps en temps par des *arcs de cercle* plus ou moins complets. Puis survient la phase de résolution et de *délire* affectant les allures les plus bizarres, tantôt très courte (rires, mots entrecoupés), tantôt au contraire très prolongée et paraissant alors constituer un véritable *état de somnambulisme* : l'enfant a les yeux ouverts, comprend ce qu'on lui dit, s'amuse avec les personnes qui l'entourent, mais ne prononce pas une parole ; plusieurs fois, on a pu à ce moment lui faire écrire son nom et son adresse. Quelquefois, il paraît exister des hallucinations de la vue : la physionomie de l'enfant exprime la terreur, il repousse avec rage tous les assistants, crache à la figure et montre le poing même à ses parents qu'il ne reconnaît plus ; l'instant d'après, ayant reconnu son père en touchant sa barbe et la bague qu'il porte au doigt, sa physionomie exprime la joie. Dans d'autres cas, il croit jouer avec des camarades, fait les gestes et laisse échapper quelques interjections.

Cet état peut se prolonger dix minutes et davantage, puis la rigidité revient et une nouvelle attaque commence. Il peut ainsi s'en produire cinq ou six dans l'espace d'une heure. Lorsqu'il s'agit du délire terminal, le malade annonce quelquefois que *sa boule descend* et en indique le trajet avec le doigt ; puis on observe tantôt des pleurs, tantôt une miction abondante d'urine claire. L'enfant reste ensuite étendu pendant quelques minutes et lorsqu'il se relève, tout est fini. Il ne lui reste aucun souvenir de ce qui s'est passé.

Durant plusieurs mois, ces crises se sont produites quotidiennement, dans l'après-midi, à peu près à heure fixe. Comme chez la plupart des malades de ce genre, l'état de la sensibilité a fréquemment varié et, à diverses reprises, on a pu constater une *hémianesthésie gauche* très nette bien qu'incomplète.

Ce malade a été notablement amélioré par l'hydrothérapie.

Comme on le voit, il n'y a pas de doute quant à la nature de la maladie : c'est bien de l'hystéro-épilepsie qu'il s'agit,

et, dans ce cas, elle se présente à nous pure de tout mélange (4).

Examinons maintenant les diverses modalités de son association à *distance*, si l'on peut ainsi dire, avec l'épilepsie.

§ 1^{er}. — *Attaques hystériques survenant chez un sujet déjà épileptique.*

« Dans ces cas ; dit M. Charcot, l'hystérie vient se greffer en quelque sorte sur l'épilepsie, à son heure, c'est-à-dire à l'époque de la puberté sous l'action de causes diverses et en particulier des émotions morales. » Cette combinaison est de beaucoup la plus fréquente dans les deux sexes.

Nous ne ferons que résumer rapidement le cas célèbre de ce genre observé par Landouzy chez une femme (*loc. cit.* p. 447).

OBSERVATION II.

M^{lle} X..., épileptique dès sa naissance et n'ayant jamais offert de symptômes d'hystérie, fut mariée à dix-huit ans. Impressionnée par la froideur que lui témoigna bientôt son mari, M^{lle} X..., dont les accès d'épilepsie ne s'étaient point augmentés, commença à se plaindre d'étouffements, de serrements à la gorge, et bientôt de véritables convulsions hystériques sans perte de connaissance et sans altération du visage, s'y adjoignirent.

Cependant les accès d'épilepsie n'étaient ni plus fréquents ni plus intenses qu'auparavant et toujours caractérisés par une bouche écumeuse, une face livide, une respiration stertoreuse, es yeux fixes, etc. Cet état durait environ dix minutes, après

(4) Les observations de ce genre abondent et elles ont fait depuis trente ans l'objet d'innombrables monographies en France et à l'étranger. Le défaut principal commun à tous ces faits était l'absence de toute description méthodique des attaques. Les observations que nous avons recueillies à ce point de vue spécial achèvent de prouver l'identité de la maladie dans les deux sexes, en montrant que les phénomènes convulsifs observés chez certains hommes suivent exactement la même marche que ceux de la grande attaque hystérique de la femme.

quoi la malade restait pendant une heure triste et anéantie. Les attaques d'hystérie, au contraire, se manifestaient sans régularité et dans des moments de chagrin. Elles s'annonçaient par de la suffocation, de la strangulation, l'ascension d'une boule de l'épigastre au cou; enfin, elles se terminaient par des convulsions avec demi-perte de connaissance, puis par des cris. L'attaque était ordinairement suivie de vomissements et d'envie d'uriner. La grossesse n'apporta de modifications à cet état que pendant ces deux derniers mois, où les accès d'épilepsie devinrent un peu plus fréquents, mais où les attaques d'hystérie disparurent.

Elles reprirent après l'accouchement, mais disparurent définitivement un peu plus tard, lorsque M. X... se fut rapproché de sa femme.

Nous pouvons rapprocher de ce fait l'observation suivante, recueillie à la Salpêtrière par M. Bourneville et que nous avons pu compléter, au point de vue qui nous occupe, grâce à la bienveillance de M. le professeur Charcot :

OBSERVATION III.

Mich... (Louise), vingt ans.

Pas de renseignements sur la famille. Régée à dix-sept ans toujours très irrégulièrement.

Accès épileptiques depuis l'âge de quatorze ans et demi ; il paraît certain qu'ils sont venus avant les attaques d'hystérie. Auparavant et depuis un temps qu'elle ne peut préciser, environ depuis huit ans, elle avait des faiblesses, surtout quand elle se mettait à genoux. Elle était très impressionnable.

Un jour, à sa pension, tandis qu'elle était à s'ampser avec ses camarades, le premier accès survint inopinément. A partir de ce moment, les crises reparurent tous les vingt-cinq jours pendant six mois. Les renseignements précis nous manquent sur cette partie de la vie de la malade et notamment sur les *crises convulsives*. Ce qui suit conduit à penser qu'elle devait déjà être à cette époque épileptique et hystérique.

Elle entra successivement à la Salpêtrière puis à l'asile d'Evreux ; enfin son père la reprit, mais les attaques reparurent en s'accompagnant de phénomènes nouveaux : la malade ne parlait à personne et refusait la nourriture. Elle fut alors conduite à la Pitié où plusieurs fois on dut recourir à la sonde.

Depuis qu'elle est à la Salpêtrière, Mich... a toujours présenté des attaques hystériques et des accès d'épilepsie distincts. Ces derniers sont précédés, pendant quelques minutes, d'une sorte d'*aura* durant laquelle la malade est comme folle et se livre à des actes violents ; puis elle tombe comme une masse sans prévenir : le cri initial est rare. Les convulsions sont toniques puis cloniques ; grande pâleur de la face ; stertor. La malade se mord presque toujours la langue.

Ces accès ont constamment augmenté de fréquence depuis l'entrée. Ils surviennent aussi bien le jour que la nuit et sont plus nombreux pendant la période menstruelle. Pas d'incontinence nocturne d'urine.

Outre les accès, la malade présente également des *vertiges*.

Les attaques d'hystérie ont un tout autre caractère. Elles sont presque toujours provoqués par de violentes colères auxquelles la malade est très sujette et ne reviennent guère qu'une à deux fois par mois.

Il n'existe jamais de cri initial : l'attaque est en quelque sorte limitée à la période épileptoïde : raideur tétanique du corps entier ; les bras sont fléchis à angle droit et les mains ramenées sur la tête ; les poings sont fermés le pouce en dehors.

Pas de secousses cloniques et à peine de stertor. Les membres restent encore rigides pendant plusieurs minutes après que cette dernière période est terminée.

La malade est *hémianesthésique* à gauche. Elle présente une profonde déchéance intellectuelle ; la mémoire est obtuse et la parole embarrassée. Bredouillement.

Voici le tableau comparatif des accidents épileptiques et hystériques présentés par Mich... pendant les trois dernières années : (*Voir ci-contre*)

On voit par ce tableau que les *attaques*, aussi fréquentes que les *accès* l'année où la malade est entrée à la Salpêtrière, ont progressivement cédé le pas à ceux-ci dont le nombre est actuellement presque double de celui des attaques. Ainsi l'hystérie, apparue après l'épilepsie, tendrait à disparaître en laissant l'épilepsie évoluer seule.

Nous citerons encore, en la résumant, l'observation de la malade Wilh..., rapportée en détail dans l'*Iconographie phot. de la Salpêtrière* (t. I^{er}, p. 33). « Cette observation, dit M. Bourneville, en nous offrant chez la même malade

	1878			1879			1880		
	Accès d'épilepsie.	Vertiges.	Attaques hystériques.	Accès d'épilepsie.	Vertiges.	Attaques hystériques.	Accès d'épilepsie.	Vertiges.	Attaques hystériques.
Janvier.....	6	1	0	40	3	6	0	0	7
Février.....	3	4	7	44	3	0	6	4	6
Mars.....	43	4	4	42	4	0	6	42	2
Avril.....	45	2	20	2	1	0	4	4	0
Mai.....	44	4	3	48	5	0	2	4	0
Juin.....	27	0	43	46	7	5	3	4	4
Juillet.....	46	0	23	40	4	13	44	4	5
Août.....	9	4	74	40	4	4	6	0	2
Septembre..	24	0	44	8	2	8	8	9	4
Octobre....	49	4	34	40	4	44			
Novembre..	6	3	6	5	2	20			
Décembre...	8	4	0	8	3	4			
	488	47	489	430	33	84	53	47	24

des attaques relevant incontestablement de l'hystéro-épilepsie et des accès franchement épileptiques, dissipera les doutes s'il en existe encore (au sujet de l'hystéro-épilepsie envisagée comme maladie autonome). »

On ne sait malheureusement pas laquelle des deux, de l'hystérie ou de l'épilepsie, s'est établie la première chez cette malade. On n'est pas suffisamment autorisé à considérer ce fait comme un cas d'épilepsie secondaire, et c'est pour cela que nous le plaçons ici et non au § 2. Nous croyons cependant qu'en raison de la grande fréquence des attaques au début et de l'augmentation progressive des accès depuis qu'elles ont disparu, cette discussion pourrait être soulevée.

OBSERVATION IV.

Hystéro-épilepsie et épilepsie. — Hémianesthésie gauche. — Description des attaques d'hystéro-épilepsie et d'épilepsie. — Attitude du crucifiement. — Marche des deux maladies. — Relation entre les règles et les crises convulsives.

Wilb... (Madeleine), dix-sept ans, est entrée à la Salpêtrière (service de M. Charcot), le 16 novembre 1875.

Antécédents. Excès alcooliques du côté du père. Mère, très perveuse. Pas d'épileptiques, d'aliénés, etc., dans la famille. Une sœur bossue ; un frère mort de convulsions, à un an.

La maladie aurait débuté à quatorze ans, à la suite d'une émotion violente. L'enfant traversait à pied une rivière gelée lorsque la glace cassa. Elle tomba dans l'eau et fut retirée sans connaissance. Un mois après, elle aurait eu sa première crise perveuse et, cinq ou six semaines plus tard, les règles seraient apparues. Bientôt les accidents s'aggravèrent et Madeleine fut envoyée à Paris, où elle fut reçue dans plusieurs hôpitaux et finalement à la Salpêtrière.

Etat actuel (septembre 1875). Embonpoint assez prononcé. Physionomie un peu obtuse.

Hémianesthésie gauche comprenant la peau et la muqueuse linguale. Oïte et vue normales. *Odorat* et *goût* très émoussés à gauche.

Intelligence très peu développée.

Il ne paraît pas exister d'*hyperesthésie ovarienne* : la malade se plaint de souffrir tantôt dans un point du ventre, tantôt dans un autre. Cependant, à la pression sur la région ovarienne gauche, elle dit qu'on la fait étouffer. Elle n'est pas avertie et tombe comme une masse ; elle ne fait elle-même aucune différence entre ces diverses crises.

A. *Attaques d'hystéro-épilepsie.*

1. *Période tonique.* Pas de cri. La tête se porte dans l'extension ; cou tendu, gonflé ; yeux dirigés en haut, pupilles très dilatées. Les jambes s'allongent, les bras s'écartent lentement du tronc et se mettent en croix. La rigidité est extrêmement intense ; le *crucifiement* est complet.

2. *Période clonique.* Au bout de deux minutes, les bras et les jambes se détendent, la malade secoue la tête de gauche à droite

et réciproquement, ou bien la soulève au-dessus de l'oreiller et la laisse retomber brusquement. Elle projette les bras de tous côtés, soulève tantôt la poitrine, tantôt le ventre ; d'autres fois, elle se tortille. La respiration est précipitée, haletante. Tympanisme.

Après un court répit, survient une nouvelle attaque, puis une troisième. Le crucifiement se reproduit à chaque fois avec une durée variable. On l'a vu durer jusqu'à dix minutes et il se serait sans doute prolongé davantage, si l'on n'y avait mis fin *par la compression ovarienne* ou par une inhalation de *nitrite d'amyle*, qui amenaient aussitôt le réveil et le décrucifiement.

3. *Période terminale*. En 1875, les attaques se terminaient presque toujours par du délire : la malade chantait des chansons allemandes.

En 1876, ni le délire, ni le crucifiement n'ont été observés une seule fois.

B. Accès d'épilepsie.

Début. Chute subite accompagnée d'un cri étouffé.

1. *Période tonique*. Face vultueuse. Bouche entr'ouverte. Cou rigide. Tête un peu soulevée ; bras étendus le long du corps, rigides ; doigts fléchis, jambes allongées et dans l'adduction. La rigidité est la même des deux côtés. Ces phénomènes durent environ une minute.

2. *Période clonique*. Constituée seulement par quelques secousses cloniques.

3. *Période de stertor*. Résolution générale. Cyanose intense. Pupilles moyennement dilatées ; léger ronflement ; un peu d'écume non sanglante. Sueurs très abondantes à la face et à la paume des mains. A cette cyanose succède une décoloration très prononcée de la face, et ce n'est qu'au bout de trois à quatre minutes que le visage se colore. Temp. vaginale : 38o,4.

Il est arrivé quelquefois qu'à la suite de ses accès, Wilh... a eu du délire ; c'est ainsi qu'un jour, venant d'avoir un accès, elle est sortie dans la cour en criant, gesticulant et voulant battre les infirmières. On a dû la camisolier.

Marche des deux maladies. Du mois de septembre à la fin de décembre 1875, W... a eu dix-huit accès et vingt-deux attaques, c'est-à-dire que l'hystérie prédominait. En 1876, les accès (54) l'ont emporté dans une proportion considérable sur les attaques (15) et cette prédominance de l'épilepsie sur l'hystérie s'est accusée davantage dans le dernier semestre (1^{er} semestre : 22 accès, 11 attaques ; 2^e semestre : 32 accès, 4 attaques). La physionomie

de W..., ses habitudes, s'éloignent de plus en plus de celle des hystériques pour se rapprocher de celles des épileptiques. L'hémianesthésie est beaucoup moins prononcée qu'en 4875 (4).

C'est vers l'époque des règles que les accès arrivent de préférence. Aujourd'hui, les attaques ont complètement disparu; il n'existe plus que des accès épileptiques. Le tableau de l'année 4880 porte quarante-huit accès; pas de vertiges, ni d'attaques.

L'intelligence a considérablement baissé.

Voici maintenant cinq observations analogues, concernant des hommes ou des enfants du sexe masculin. Nous y avons à dessein développé longuement la relation des accidents hystériques, afin d'en faire ressortir la parfaite réalité.

OBSERVATION V.

Duval (Victor), trente-deux ans, entré à Bicêtre (service de M. Bourneville), le 8 avril 4880.

Pas d'antécédents névropathiques dans la famille. *Convulsions* depuis la naissance jusqu'à deux ans. De sept à neuf ans, *cauchemars*. Il allait alors à l'école et était intelligent. A douze ans et demi, premier *accès d'épilepsie* qui survint sans cause connue. Six mois plus tard, *attaques de nerfs* qui duraient toute la journée, du lever au coucher du soleil. Ces attaques qui débutaient par des tremblements auraient persisté pendant un mois. Il aurait eu vers la même époque la danse de Saint-Guy (?). Après ce mois paroxystique, il y eut une rémission de quinze jours dans les accidents convulsifs, puis les accès d'épilepsie reparurent. La sœur du malade qui a donné ces renseignements, dit qu'on distinguait très bien les accès des attaques.

Le tableau comparatif ci-dessous permettra de juger des différences :

<i>Accès épileptiques.</i>	<i>Attaques hystériques.</i>
Pas d'aura.	Prévenait qu'il allait avoir son attaque. En même temps, il <i>tremblait</i> « comme s'il avait eu froid ».
Pas de cri initial.	Pas de cri initial.
Chute comme une masse ; s'est fréquemment blessé.	On avait le temps de le coucher. Ne se blessait pas.

(4) Extrait de l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière*, par Bourneville et P. Regnard.

Rigidité générale pendant moins d'une minute.

Secousses cloniques pendant quelques secondes.

Stertor, écume, morsures de la langue.

Sommeil profond, lourd, avec ronflement; il aurait dormi douze heures sans se réveiller. »

Les renseignements manquent sur cette première période de l'attaque.

Grands mouvements. Arcs de cercle.

Cris et gémissements. Cette période se prolongeait quelquefois dix minutes.

Carphologie. Le malade essayait d'attraper des objets imaginaires.

Après son délire, il s'assoupissait et parlait tout haut. Pas de pleurs ni de rires.

Il était bientôt repris d'une nouvelle attaque.

Les *attaques de nerfs* auraient coexisté pendant quatre ou cinq ans avec les accès; il en avait deux ou trois fois par mois. Les accès venaient toutes les deux, trois ou six semaines ou plus jusqu'à dix-sept ans. Les attaques de nerfs ont disparu à cette époque; les accès sont alors revenus presque toutes les semaines.

La mémoire n'aurait pas diminué sensiblement; mais, au lieu du caractère affable qu'il avait jadis, il est devenu paresseux, méchant, malhonnête et sujet à de violentes colères.

Après un premier séjour à Bicêtre, il en sortit en 1878 pour se marier; pendant le temps de son mariage, il ne tombait que la nuit. Sa femme, dont il raconte beaucoup de mal, le quitta en mars 1880.

Le malade est rentré à Bicêtre en avril. Son intelligence a notablement baissé; la mémoire a faibli; il a quelquefois de la peine à trouver ses mots; il bégaye. Amélioration, depuis l'entrée, sous l'influence du bromure de potassium.

Comme on le voit, ce premier cas se rapproche beaucoup de celui de Landouzy: de même que chez M^{lle} X..., l'hystérie n'a été ici qu'une maladie passagère développée chez un épileptique, qui continue d'avoir des accès après sa disparition.

OBSERVATION VI.

Anir..., vingt-trois ans, entré comme épileptique à Bicêtre. (Service de M. Bourneville.)

Etat de la sensibilité. — *Hémianesthésie* gauche complète, s'arrêtant exactement à la ligne médiane et portant également sur les

muqueuses buccale, conjonctivale, pituitaire, etc. La peau est insensible à tous les modes d'excitation; la *transfixion* même n'est pas perçue. Du côté droit, la sensibilité est intacte.

Sensibilité spéciale. — *Dyschromatopsie*, abolition de l'odorat, u goût, et de l'ouïe du côté gauche.

Attaques revenant par série de cinq, six et plus tous les deux ou trois mois. Début par sensation d'une *boule* qui se forme au milieu de l'ombilic, puis remonte lentement jusqu'au larynx en dix minutes environ (*aura*). Au bout de quelques instants, céphalalgie, pesanteur de tête, brouillards devant les yeux, strangulation et début des convulsions.

Il existe d'abord quelques secousses toniques et cloniques des membres supérieurs, accompagnés d'un clignement rapide des paupières (*phase épileptique*), puis un léger repos.

Quelques instants après, vagues abdominales, gémissements, avant-bras portés dans l'adduction et la pronation forcées, les poings fermés les pouces en dehors, puis convulsions cloniques, arcs de cercle et grands mouvements : enfin, repos avec respiration bruyante. Ce malade ne présente jamais de *délire* à la fin de ses attaques. La fin de la série est marquée par le relâchement des membres. Cinq à dix minutes après, le malade peut marcher.

Il n'est pas rare qu'après ces séries d'attaques, l'hémianesthésie change de côté. Elle a disparu complètement, à la suite d'une application d'aimant faite au mois de juin dernier, et n'a reparu que le 20 octobre.

Outre des attaques hystériques, ce malade présente des *accès d'épilepsie* et des *vertiges*. C'est par ces derniers que la maladie aurait débuté ; il dit lui-même qu'il a toujours eu des étourdissements. Les accès d'épilepsie auraient seulement paru il y a neuf ans ; enfin, les *attaques de nerfs* (attaques hystériques) n'existeraient que depuis trois ans ; le malade les attribue à des excès de boisson. Il dit faire lui-même très bien la différence entre ses attaques hystériques et ses accès d'épilepsie : après ceux-ci, il est tué, « très abruti, comme perdu, fou... pendant toute la journée, » tandis qu'après les attaques, il est très courbaturé, mais la tête est libre. — Dans les accès, les convulsions prédominent du côté gauche, ce qui n'a pas lieu pendant les attaques hystériques, comme on a pu le voir plus haut. Les accès d'épilepsie sont assez fréquents : on en a compté cette année jusqu'à quatre et cinq par semaine ; ils surviennent tantôt isolément, tantôt au début d'une série d'attaques hystériques. Les *étourdis-*

sements tendraient aujourd'hui à disparaître complètement et le malade prétend que ses accès sont beaucoup moins nombreux depuis qu'il a des attaques de nerfs.

On pourrait se demander si, dans ce cas et dans les cas analogues, il s'agit réellement de vrais accès épileptiques. On sait, en effet, qu'il n'est pas très rare d'observer chez la femme des accès convulsifs isolés ayant toutes les apparences de l'épilepsie : vient-on à comprimer l'ovaire, les convulsions s'arrêtent; elles sont donc manifestement liées à l'hystérie : *ce sont de grandes attaques limitées à la période épileptoïde*. Le défaut absolu de toute élévation de température et l'intégrité complète de l'intelligence, même après des séries d'attaques de ce genre, viennent confirmer cette manière de voir (1).

Il n'en est point ainsi pour nos malades, et nous avons pris soin de nous mettre, à cet égard, à l'abri de toute cause d'erreur. Chez eux, le début brusque des accès, le fait qu'ils restent généralement isolés, la pâleur de la face, l'écume, les morsures de la langue, le stertor paraissent dans leur ensemble caractériser nettement l'épilepsie. Disons cependant que l'élévation de la température, qu'on peut dans l'espèce considérer comme un *criterium*, n'a pu jusqu'ici être constatée, les malades n'ayant jamais présenté un nombre d'accès consécutifs suffisant pour la produire.

OBSERVATION VII.

Sim..., dix-sept ans, entré comme épileptique à l'asile de Bicêtre. (Service de M. Bourneville.)

Etat de la sensibilité. Hémianesthésie à droite incomplète, surtout marquée pour la température.

Sensibilité spéciale. Rien du côté de la vue, de l'odorat, ni du goût; l'ouïe est un peu obtuse à droite. (Ces renseignements ont été recueillis au moment où a été fait l'examen général du ma-

(1) Les faits, consignés dans l'*Iconographie fotogr. de la Salpêtrière*, démontrent péremptoirement ce fait.

lade, mais à d'autres époques, il a été constaté de la *dischromatopsie* et une *hémianesthésie* droite complète.)

Zones hystérogènes : 1^o Au niveau de la dixième apophyse épineuse dorsale ; 2^o dans le huitième espace intercostal sur la ligne axillaire ; 3^o dans les fosses iliaques ; 4^o à égale distance du pubis et de l'ombilic.

La pression en ces points détermine une douleur lancinante irradiant vers le cœur. La sensibilité cutanée n'est pas modifiée au niveau de ces zones.

Attaques. Le début est marqué par la sensation d'une *boule* qui prend naissance au niveau de la zone sous-ombilicale, puis « fait des zigzags dans le ventre en suivant les intestins » pour remonter dans la poitrine. A ce moment, les paupières supérieures sont agitées de petits mouvements ainsi que les membres (*période épileptoïde*) ; après un temps de repos, ceux-ci se raidissent et il survient presque aussitôt des convulsions cloniques violentes nécessitant l'emploi de la camisole ; cinq ou six hommes vigoureux ont peine à maintenir le malade sur son lit. A la fin de cette phase, la face est livide, les yeux convulsés en haut ; il y a à peine du stertor.

Quelques instants après, une nouvelle attaque reprend. Le *délire* n'est guère constant que dans l'attaque ; quitte comme la série ; cependant, nous l'avons vu un certain nombre de fois se produire dans le cours de celle-ci : le malade parle alors de ses camarades, des choses qui l'ont frappé pendant la journée ; quelquefois même il annonce qu'il va « *tomber* » et en effet, quelques instants après, il est repris d'une nouvelle attaque.

Une application d'aimant pendant dix minutes sur la face externe de la cuisse droite a fait passer l'hémianesthésie de droite à gauche ; mais elle est revenue à droite à la fin de la journée. La dyschromatopsie avait disparu pendant la durée du transfert.

Ce malade présente comme le précédent des *accès d'épilepsie* nettement distincts des attaques hystériques. Celles-ci, d'ailleurs, ne procèdent jamais que *par séries*, tandis que les *accès* se présentent toujours isolés. Le malade, très amélioré par l'hydrothérapie, a quitté l'asile au mois de septembre.

OBSERVATION VIII.

Poirier (Charles), trente-deux ans, entré à Bicêtre (division des aliénés), service de M. Bourneville, le 20 décembre 1865.

Pas d'*antécédents* névropathiques dans la famille. *Convulsions* de deux à cinq ans. De cinq à treize ans, *étourdissements* très

fréquents et incontinence nocturne d'urine. En 1860, à la suite d'une peur, premier *accès d'épilepsie*, puis quatre à cinq accès analogues chaque année. Il entre alors à Bicêtre (service de M. Aug. Voisin), où il fut soumis au traitement par la belladone. En 1867, le bromure de potassium fut substitué à la belladone et, au dire du malade, c'est à cette époque qu'auraient paru pour la première fois les *attaques de nerfs*. Ces attaques sont revenues à des intervalles d'un à deux mois ou davantage. Le malade a continué en outre d'avoir des *étourdissements* et des *vertiges*; nous citons les deux termes, parce qu'ils expriment pour lui un sens un peu différent: dans le vertige, il voit les objets tourner autour de lui, et il lui semble qu'il va tomber par terre; dans l'étourdissement (absence), il perd la connaissance pendant trois ou quatre secondes.

Il n'existait pas, au moment où ce malade a été examiné, de troubles de la sensibilité générale ni spéciale, sauf peut-être un degré léger de dyschromatopsie: le violet n'est pas perçu. La vue est d'ailleurs un peu confuse, ce qu'il faut peut-être considérer comme un effet de l'administration prolongée de la belladone.

Un trouble de la miction qui existe chez ce malade, est intéressant à noter ici à cause de sa relation avec l'hystérie. Poir... raconte qu'en 1860, un jour qu'il était penché à une fenêtre, il fut pris d'une attaque et tomba au dehors sur le pavé. Il n'en eut que des blessures sans gravité au front et à la jambe; mais, à compter de cet accident, il devint sujet à une *rétention d'urine* qui se reproduisait à toutes les attaques de nerfs et finit par être permanente. Le malade spécifie parfaitement qu'à l'époque où sa rétention était passagère, elle survenait *seulement après les attaques de nerfs* et non après les accès d'épilepsie qui ne laissaient aucune trace de ce côté. Le malade se sonde régulièrement toutes les vingt-quatre heures.

Aujourd'hui, les étourdissements, vertiges, accès d'épilepsie et attaques hystériques continuent à se produire comme par le passé.

Les accès présentent les trois périodes *tonique*, *clonique* et *stertoreuse*; la seconde est marquée par des convulsions violentes.

Les *attaques hystériques* débutent par une sorte d'*aura*: brouillard devant les yeux; il n'existe pas de bourdonnement d'oreilles, de palpitations, de clou hystérique, etc. Le malade a le temps de prévenir et on lui met aussitôt la camisole parce que ses

convulsions sont très violentes et exigent trois ou quatre personnes pour le maintenir.

Dans la *première période*, à peu près exclusivement *tonique*, le corps tout entier est rigide, les bras raidis se rapprochent de la ligne médiane et la tête en extension forcée, s'enfonce dans l'oreiller.

La *deuxième période*, *clonique*, est marquée par de grands mouvements et des tortillements dans tous les sens ; il ne se produit pas d'arcs de cercle nettement marqués.

Dans la *troisième période*, le malade parle et pousse des cris entrecoupés de gémissements et d'inspirations profondes.

Ces attaques entraînent à leur suite une courbature beaucoup plus grande que les accès d'épilepsie. Il existe à leur suite, pendant un temps variable, une très notable diminution de la sensibilité cutanée.

Le cas suivant, bien que moins complètement décrit, nous représente encore les mêmes phénomènes.

OBSERVATION IX.

Lebrun (Eugène), dix ans, entré à Bicêtre (division des aliénés), service de M. Bourneville, le 4^{er} novembre 1879.

Antécédents. Le père avait un caractère violent et faisait de nombreux excès de boisson. Séparé de sa femme. *Mère* impressionnable, sujette aux migraines.

Convulsions à partir de six mois, presque tous les quinze jours pendant plusieurs mois. Repris à trois ans et, depuis lors, accès fréquents. Il avait le temps de prévenir et de s'asseoir.

L'attaque débutait sans cri initial. La rigidité atteignait seulement le côté gauche qui présentait exclusivement des secousses, surtout le membre inférieur et la face. Il avait quelquefois cinq accès de ce genre dans les vingt-quatre heures. On n'aurait pas remarqué d'*étourdissements* à cette époque.

Depuis qu'il est à Bicêtre, Lebrun a présenté à plusieurs reprises des *attaques de nerfs*, dans lesquelles les convulsions cloniques atteignent les deux côtés du corps. Il n'a pas été noté de troubles de la sensibilité au moment de l'examen d'ensemble.

Les accès épileptiques continuent d'ailleurs à se produire : l'enfant tombe sur le côté gauche comme une masse, sans jamais pré-

venir (autrefois il avertissait) et les secousses restent limitées à ce côté.

Il a aussi des *vertiges* ; il les sent venir et a le temps de se coucher pour ne pas tomber : cela dure environ une minute et il n'a pas de convulsions du tout. La tête reste ensuite lourde pendant au moins cinq minutes.

Tous les cas ne sont pas aussi nets que ceux qui viennent d'être examinés. L'observation suivante nous représente en effet, dans le même groupe, une nouvelle variété dans laquelle nous voyons évoluer parallèlement à l'épilepsie non plus le syndrome hystérie franchement caractérisé, mais cette série de phénomènes encore mal définis compris dans le langage courant sous le nom d'*accidents hystérimiformes*.

OBSERVATION X.

Epilepsie ; phase d'agitation avec délire maniaque ; crises hystérimiformes caractérisées par aphonie, strangulation, tremblement, trismus, anesthésie et hyperesthésie, période de jeûne, constipation ; — phthisie, état de marasme ; — mort. — Autopsie : tuberculose méningée ancienne et pulmonaire.

R... M... (Charles), quarante-deux ans, entré à Bicêtre (service de M. Delasiauve), le 14 novembre 1859, pour des accès d'épilepsie.

Antécédents (renseignements donnés par la mère). Père mort phthisique ; ne buvait pas ; n'a pas eu d'accidents nerveux. Mère bien portante, n'a jamais eu d'attaques de nerfs. Le malade a trois frères actuellement bien portants, dont l'un aurait eu quelques convulsions à l'époque de sa dentition ; une sœur, épileptique depuis l'âge de douze ans, est à la Salpêtrière.

A l'âge de dix-huit ans, le malade aurait eu une affection du sinus maxillaire (?) qui récidiva deux ans plus tard et pour laquelle il fut chaque fois traité par Velpeau. Pas d'autre antécédent pathologique. Il aurait toujours été très vif, intelligent ; c'était un bon ouvrier bijoutier. Pas d'incontinence nocturne d'urine. On aurait remarqué, dès 1868, qu'il commençait à perdre la mémoire.

La maladie aurait débuté à dix-sept ans et demi. A son entrée à Bicêtre, Rig... présentait des *accès d'épilepsie* et des *vertiges* revenant plusieurs fois par mois. Nous allons résumer brièvement

les diverses phases qu'a traversées ce malade pendant ses vingt années de séjour à l'asile.

En 1867, M. Falret mit R... au bromure de potassium (8 gr. par jour), qui produisit une notable amélioration. Les accès devinrent plus rares; néanmoins, il resta sujet à des étourdissements qui s'accompagnaient quelquefois d'émission involontaire d'urine.

En 1869, on remarqua qu'à la suite de certains accès, il persistait pendant quelques jours un trouble mental assez accusé; le malade se croyait au moment de mourir, etc. Une fois remis, il gardait le souvenir très net de cette sorte de délire.

A la date du 4^r avril 1870, nous trouvons, mentionnés pour la première fois, des *accidents nerveux* autres que ceux de l'épilepsie. A la visite de ce jour, le malade est trouvé assis sur une chaise, pâle, les yeux fixes, sans aucune convulsion, répétant continuellement : « Maman..., Marie..., ma sœur..., venez tous! il l'a voulu... il l'a voulu! » en même temps qu'il ne cessait de piétiner le sol sans cependant bouger de sa chaise. Interrogé sur son état, il répond « qu'il a du feu dans la tête » et ne peut dire le nom des personnes qui l'entourent. Enfin, au bout d'une demi-heure, il peut faire quelques pas et son délire cesse pour faire place, dans l'après-midi, à un *mutisme* presque absolu. Le soir, le regard est redevenu fixe; on peut toucher la cornée sans provoquer de clignement; les membres soulevés retombent inertes; les diverses excitations physiques des téguments laissent le malade absolument indifférent.

Cet état de mutisme, accompagné de résolution et d'insensibilité, persiste jusqu'au 9 avril; la conscience ne cessa pas d'être conservée, ainsi qu'en témoigne la note suivante ultérieurement rédigée par le malade lui-même : « J'ai toujours bien entendu; je voyais bien aussi, mais il vint un moment où il me fut impossible de remuer la tête et les yeux. Je me rappelle bien qu'on m'a chatouillé la plante des pieds, piqué et pincé la peau et versé de l'eau froide sur le corps; je n'éprouvais aucune sensation. » Quelques jours après (11 avril), il se produisit un *trismus* assez marqué pour empêcher le malade d'ouvrir complètement la bouche; pendant plusieurs jours, il refusa les aliments solides faute de pouvoir mâcher.

Six semaines plus tard environ (29 mai), apparut un nouvel accès de délire. Rig..., se mit à courir dans les cours en criant : « Ça brûle!... ça brûle!... » Transporté à l'infirmerie, il retomba, après vingt-quatre heures d'agitation, dans un mutisme accompagné

d'anesthésie comme la première fois ; mais cet état de dépression était fréquemment interrompu par des *attaques convulsives* suivies de transpiration abondante.

A la suite de cette seconde atteinte, il garda le lit pendant environ un mois, ne répondant aux questions que par quelques monosyllabes dits à voix très basse, et présentant quelquefois une légère excitation caractérisée par des accès de rire.

Le 40 juin, on remarqua qu'il existait au niveau de la mal-léole interne de chaque côté une eschare superficielle qui ne causait d'ailleurs aucune douleur ; la cicatrisation se fit en peu de jours et le malade commença à se lever.

En 1874, nombreux accès d'épilepsie et *absences* fréquentes. A plusieurs reprises, agitation pendant deux ou trois jours après les accès ; il répète alors la même phrase durant des heures et mêmes des journées entières, rit et parle sans interruption et ne paraît avoir aucune conscience de ce qui se passe autour de lui : il ne répond à aucune question. En dehors de ces états de délire maniaque, il a quelquefois des accès de colère violents avec menaces contre les surveillants et les infirmiers ; une heure après, il demande pardon de ce qu'il a pu dire.

A des dates plus récentes, nous trouvons dans le journal rédigé par le malade quelques renseignements indiquant assez exactement les accidents auxquels il était sujet en même temps que son *état mental*. Ainsi, à la date du 24 octobre 1878 : « J'ai mal à la tête ; je tremble de la tête aux pieds ; j'ai la gencive dérangée (?) ; je me frappe la tête avec les bras et les poings pendant trois heures ; on me met une camisole et on me couche. Le lendemain, j'ai perdu la voix ; j'ai toujours la fièvre, pas d'appétit, et je reste pendant *vingt jours sans prendre d'aliments* autres que des boissons. »

Cette prétendue fièvre n'a jamais été vérifiée par le thermomètre ; il n'y avait en réalité qu'un état de malaise avec congestion de la face et transpiration.

Le 22 décembre suivant, nous trouvons encore mentionné « un tremblement continu des bras et des jambes avec claquement des dents. » En février 1879, mêmes phénomènes suivis d'une nouvelle période de *diète de seize jours*. Autres crises en mai et en novembre, cette dernière accompagnée d'un *jeûne de vingt-trois jours* ; le malade se plaint de gêne de la déglutition ; la tête est dans l'extension, les yeux ouverts fixes, les pupilles légèrement dilatées. Le pincement énergique de la peau et même sa transfixion ne produisent aucune réaction appréciable. Cet état se prolonge

pendant environ quinze jours, durant lesquels le malade répond à petite aux questions ; il prétend avoir un obstacle dans la gorge et demande la trachéotomie. La vue est un peu confuse. Constipation opiniâtre.

L'état de la sensibilité pendant ces diverses crises n'a pas toujours été exploré méthodiquement, mais nous avons vu que, dans les crises antérieures, elle avait été fréquemment troublée. La température, prise matin et soir pendant plusieurs jours, a toujours oscillé entre 36° et 37°, 2.

Ces accidents nerveux singuliers, survenus, si l'on peut ainsi dire, à la traverse de l'épilepsie, ont été considérés par M. Falret d'abord, puis par M. Bourneville qui lui a succédé dans le service et a étudié le malade avec soin, comme des phénomènes appartenant à l'hystérie. L'habitus du malade ne présente rien de particulier, rien surtout de la physionomie qui est quelquefois attribuée aux hystériques mâles. R... M... est un homme trapu, assez muselé, au crâne chauve et au système pileux très développé sur le reste du corps. Les organes génitaux sont complètement développés; rien de féminin dans les formes du corps, dans la physionomie ni dans les manières.

Malgré le *bromure de potassium* et de *sodium*, les accès d'épilepsie ont continué de se produire avec la même fréquence et leur chiffre annuel a oscillé dans les dix dernières années entre 69 (1878) et 49 (1872). Il y avait eu, en 1879, 35 accès; en 1880, il n'y en a eu que 46 jusqu'au mois de juillet. Le malade a succombé à cette époque dans les circonstances suivantes.

Le 30 juin 1880, nous le trouvons au lit, souffrant vers le septième espace intercostal en dehors de la ligne mamelonnaire, d'une douleur aiguë limitée qu'il compare à un coup de poignard. L'insomnie est complète; claquement de dents et tremblement des membres. La pression, sur le point douloureux, ne produit rien d'analogue à une attaque d'hystérie. Sur toute l'étendue du tégument, le moindre attouchement provoque un tressaillement de tout le corps; le fait d'asseoir le malade, de le découvrir, etc., augmente le tremblement et provoque des gémissements. Il existe en outre un état de profonde tristesse: Rig... pleure en pensant à sa sœur qui, dit-il, vient de mourir à la Salpêtrière, ce qui est d'ailleurs inexact.

Quoi qu'il en soit, l'examen des différents appareils ne révèle rien d'important. L'apyrexie est complète. P. 88. — Il existe bien un peu de submatité aux sommets, mais la respiration est si incomplète qu'on perçoit à peine quelques râles. Une inhalation

de bromure d'éthyle pendant quelques instants provoque une légère somnolence et fait cesser le tremblement.

A compter de ce jour, le malade ne quitta plus son lit, se plaignant sans cesse de douleurs au niveau des fausses côtes, tremblant souvent pendant des heures et présentant toujours son hyperesthésie générale. L'alimentation était à peu près réduite aux boissons. Peu à peu, Rig... tomba dans un état de torpeur profonde, et sans qu'aucun phénomène saillant, convulsif ou autre, se fût produit, il succomba le 9 juillet au matin.

Autopsie. — Crâne. Pas d'épaississement notable.

La dure-mère présente en deux points une adhérence intime avec des noyaux calcifiés qui paraissent être le reliquat de formations tuberculeuses anciennes (vu l'état des poumons); ces noyaux de la grosseur d'un pois, siègent : 1° au niveau de la partie moyenne de la deuxième circonvolution frontale droite; 2° sur l'hémisphère gauche en arrière de la partie moyenne de la scissure interpariétale. Ces noyaux sont plongés dans l'épaisseur de l'écorce à laquelle ils sont fortement adhérents. Dans tous les autres points des hémisphères, et en particulier sur les lobes frontaux, la décortication est facile; les circonvolutions ne présentent aucune anomalie.

Encéphale, 4,300 gr. (hémiph. cérébral dr., 580 gr.; gauche, 560 gr.).

Les poumons sont fortement congestionnés dans toute leur étendue. Le sommet du poumon droit est très adhérent aux deux premières côtes; il est induré et présente à la coupe quelques granulations tuberculeuses; tout le lobe supérieur de ce poumon est atteint de bronchopneumonie; le tissu est marbré et très résistant à la pression. C'est évidemment là la lésion qui a déterminé la mort.

Tous les autres organes sont sains.

Telle a été cliniquement la série des phénomènes présentés par ce malade. En raison même de leur caractère vague et mal déterminé, nous avons voulu rapporter complètement cette observation qui nous paraît être un bon exemple de ces faits d'hystérie male à forme bâtarde si fréquente chez l'homme. Il est rare, en effet, d'observer chez ce dernier, l'hystérie, avec tout le cortège symptomatique qu'on lui trouve continuellement chez la femme; néanmoins, il

existe des faits de ce genre et nous avons montré au début de cette note qu'on peut retrouver chez certains hystériques mâles, l'hémianesthésie, la dyschromatopsie, les zones hystérogènes et toutes les phases de la grande attaque hystérique; mais ces faits sont loin d'être la règle. Dans le cas qui nous occupe, les crises de tremblement avec aphonie, strangulation, trismus, anesthésie et points douloureux, nous paraissent amplement suffisants en l'absence d'attaques proprement dites pour caractériser l'hystérie. Mais le fait sur lequel nous voulons insister, c'est que, chez ce malade, l'hystérie est venue se greffer en quelque sorte sur l'épilepsie préexistante depuis onze ans, et que les deux maladies ont ensuite évolué comme parallèlement et sans se confondre: les accès d'épilepsie et les vertiges ne laissaient, selon la règle, aucun souvenir; au contraire, les accidents hystériques étaient le plus souvent accompagnés de conscience. Ce n'est point là d'ailleurs un fait isolé, et nous observons en ce moment même à Bicêtre plusieurs épileptiques présentant, en dehors de leur accès, des *attaques de nerfs, qu'ils distinguent eux-mêmes parfaitement*. Tel est le cas des deux malades dont nous avons résumé ci-dessus les observations (obs. VI et VIII).

§ 2. — *Accès d'épilepsie survenant chez un sujet préalablement hystérique.*

Ici ce n'est plus l'épilepsie qui domine la scène; c'est elle qui est la maladie surajoutée. Cette combinaison paraît être infiniment plus rare que la précédente.

Quoi qu'il en soit, la *transformation de l'hystérie en épilepsie* se trouve déjà mentionnée dans les anciens auteurs (Willis, Hoffmann, Van Swieten), témoin cette phrase citée par Dunant (*Rech. et Obs. sur l'hystéro-épilepsie*, th. 1863): « *Passio hysterica sæpius observata fuit in epilepsiam mutari* » (Van Swieten. *Comment. sur les aphor. de Boërhaave*).

Selon Landouzy (ouv. cit., p. 141), la transformation de l'hystérie en épilepsie est assez rare, ce qui laisse du moins supposer qu'il en connaît des cas.

On lit enfin dans la thèse de Briffaut (*Rapp. de l'hystérie et de l'épilepsie*, 1851): « On peut voir à la Salpêtrière l'hystérique devenant épileptique, restant l'un et l'autre, ce qui constitue l'hystéro-épilepsie (à crises séparées ou à crises mixtes), ou bien l'épilepsie dominant de plus en plus et anéantissant en quelque sorte l'hystérie primitive. »

L'épilepsie succède à l'hystérie, dit Briquet; chez les jeunes filles atteintes d'accidents hystériques graves et d'attaques de convulsions très fréquentes, à la suite desquelles il se manifeste de la céphalalgie, de la pesanteur, de la tendance au coma et de la diminution dans les facultés intellectuelles. D'après cet auteur, c'est ce fait qu'aurait signalé Willis dans le passage suivant: « *Postquam hæc ægrotans per quatuordecim menses ejus modi paroxysmis crebra vice repontibus obnoxia degisset, demum epileptica evasit, ut quoties mali insultus rediret, in terram prostrata ovaro sybia, cum spuma oris aliis que symptomatibus caduci pathognomicis, corripereetur.* » (*De morbis convulsivis*, cap. 5, obs. 4.)

M. Briquet donne lui-même une observation de ce genre dont voici le résumé :

OBSERVATION XI.

M^{lle} X..., vingt ans.

Aucun épileptique dans la famille. Mère hystérique.

L'hystérie s'est graduellement développée chez cette malade jusqu'aux attaques complètes. Au bout de six mois de cet état, qui allait toujours en croissant, la malade devint de plus en plus apathique. Céphalalgie gravative continue. L'intelligence s'altérait de plus en plus et cette jeune fille avait fini par avoir l'aspect d'une idiote, lorsque peu à peu se manifestèrent des attaques très différentes des premières... Ces attaques la prenaient inopinément pendant qu'elle allait et venait dans les salles; alors elle tombait raide la face contre terre, avec perte complète de connaissance, faisait quelques grimaces, avait des râlements dans la

gorge; au bout de cinq à six secondes, elle se relevait et continuait sa course comme s'il n'était rien arrivé. C'étaient des *accès d'épilepsie*. Au contraire, les attaques hystériques se distinguaient à ce que la malade les sentait venir (boule, strangulation); elles se caractérisaient par des cris, des convulsions et se terminaient par des sanglots et une courbature qui durait vingt-quatre heures. Presque tous les jours, il y avait une attaque, soit d'une espèce, soit d'une autre. L'état de cette jeune fille alla graduellement en empirant et on finit par l'envoyer à la Salpêtrière en qualité d'incurable.

Malgré toute l'autorité qui s'attache au nom de M. Briquet, nous pensons qu'en l'absence des seuls signes qui nous permettraient peut-être aujourd'hui de poser le diagnostic avec certitude (marche de la *température*, influence de la *compression ovarienne* et du *bromure de potassium*), on doit être encore très réservé au sujet de la nature des accidents épileptiformes mentionnés dans cette observation.

§ 3.—*Hystérie convulsive coexistant avec le « petit mal. »*

Beau mentionne dans son mémoire (*Rech. statist. pour servir à l'hist. de l'hystérie et de l'épilepsie. Arch. de méd.*, 1836, t. II, p. 328 et suiv.) que, sur les 273 malades qu'il a examinées, deux présentaient à la fois des *attaques hystériques* et des *vertiges épileptiques*. Chez l'une d'elles, les attaques d'hystérie disparurent, mais les vertiges persistèrent. Les observations ne sont malheureusement pas rapportées.

Voici le résumé d'un cas de ce genre observé par M. Dunant (*loc. cit.*).

OBSERVATION XII.

Attaques hystériques. — Vertiges épileptiques.

J. . . (Louise), trente-six ans. Réglée à vingt et un ans.

Eprouvait avant le début de sa maladie de fréquentes pertes de connaissance (probablement des *vertiges épileptiques* comme ceux qu'elle a encore). Sa mémoire s'affaiblit beaucoup. La première attaque convulsive survint vers vingt-deux ans, un mois

après avoir été fortement impressionnée par la mort de son frère qui s'était brûlé la cervelle.

Sur l'observation prise au moment de l'entrée, il n'est fait mention que des grandes attaques hystériques. Elle a cependant, d'après le rapport de toutes les personnes de l'asile, des étourdissements fréquents qui se passent de la manière suivante : Si la malade n'est pas debout, elle se lève sans laisser tomber ce qu'elle tient à la main ; elle perd connaissance, ne répond plus aux questions qu'on lui adresse. La face devient blême et son expression est celle d'une idiote. Au bout d'une à deux minutes, l'intelligence revient rapidement.

Les *attaques* surviennent de préférence au moment des règles. La malade les sent venir et demande à être caressée. Pendant les jours qui précèdent, il y a de l'insomnie, le caractère est irritable. Plus tard, apparaissent la *boule*, la *dysphagie*, les *spasmes laryngés*, enfin les convulsions. Pendant la période du *délire*, la malade s'écrie qu'elle voit des assassins, du sang..., et une expression d'horreur est peinte sur son visage.

L'observation suivante, recueillie par nous à Bicêtre, paraît également appartenir à cette catégorie.

OBSERVATION XIII.

Bneh... (Jean), treize ans, entré à Bicêtre (division des aliénés, service de M. Bourneville), le 9 octobre 1880.

Antécédents. On ne trouve aucune trace de névropathies du côté du père, ni de la mère. Une sœur aurait présenté quelques accidents hystérisques vers l'époque de la puberté.

Les crises convulsives ont débuté à la suite d'une frayeur au mois d'avril.

Etat de la sensibilité. Pas de modification appréciable.

Attaques. L'attaque est précédée d'une *aura* pendant laquelle le malade a le temps de prévenir qu'il va tomber ; en même temps sa vue se brouille et il étouffe, mais il n'a pas de mal de tête. Lorsqu'on arrive à temps, il suffit de lui mettre de l'eau sur la figure pour empêcher l'attaque de se produire. Sinon, elle débute par un état de rigidité générale en posture de *crucifixion* qui dure environ trois ou quatre minutes. Au bout de ce temps, il se produit quelques convulsions cloniques auxquelles

les membres de chaque côté paraissent prendre une part égale. L'attaque se termine par des gémissements, des grincements de dents et des cris violents pendant quatre ou cinq minutes.

La phase tonique avec crucifiement ne se produit qu'une fois à chaque crise. On n'a pas encore vu plusieurs attaques se produire à la file.

Pendant les premiers temps de son séjour à l'asile, cet enfant *présentait fréquemment des vertiges* (petit mal): il se laissait aller tout à coup en arrière et on eût alors dit « qu'il était mort ». Au bout d'une ou deux minutes, il revenait à lui sans avoir eu aucune convulsion et reprenait son occupation interrompue.

Nous rapporterons encore avant de terminer ce paragraphe, l'intéressante observation d'un malade de Bicêtre chez lequel des *vertiges* coexistent avec des *crises convulsives et délirantes*. Nous manquons encore de documents pour juger sûrement la nature de ces crises, aussi le diagnostic resto-t-il réservé. Il est certain que le délire de ce malade présente de grandes analogies avec la manie épileptique: néanmoins, les *troubles de la sensibilité*, la présence de *zones hystéro-gènes* et la violence des convulsions cloniques qui militent en faveur de l'hystérie, nous ont engagé à présenter ici cette observation.

OBSERVATION XIV.

Frétac... Rod...., dix-sept ans, entré à Bicêtre (service de M. Bourneville), le 20 septembre 1880.

Etat de la sensibilité. La sensibilité générale est entièrement abolie sur la peau et les muqueuses. La transfixion du tégument n'est pas même perçue. La sensibilité à la température est perdue.

Zones hystéro-gènes. Pas de clou hystérique.

1° *Rachialgie* au niveau de l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre dorsale où la pression produit une douleur vive, mais sans irradiations. L'anesthésie est complète en ce point comme ailleurs.

2° *Zones iliaques* correspondant au *point ovarien*. La pression en cet endroit détermine une douleur particulière, qui au dire du malade, le fait étouffer. Cette douleur est surtout marquée à

gauche, d'où elle irradie vers les hypochondres et coupe la respiration. Son maximum est en dehors du muscle grand droit antérieur. La sensibilité est abolie en ces points comme ailleurs.

3^e *Zones au milieu du rebord des fausses côtes* de chaque côté; la pression en ce point détermine une douleur vive, irradiant dans le thorax, beaucoup plus intense que celle produite par la pression dans la fosse iliaque, mais cette douleur ne paraît pas devoir provoquer une attaque si on la poussait au maximum.

Pas de point sternal ni sous-mammaire. La pression des testicules est négative.

Sensibilité spéciale. Odorat très obtus. Rien de particulier du côté des autres sens.

Attaque. Elle est précédée d'une *aura*. Il existe d'abord une *aura médiate*: deux ou trois heures et quelquefois plus, avant l'attaque, le malade ressent de l'oppression et des élancements qui partent des points costaux, signalés à la base du thorax, et remontent vers le haut de la poitrine en prédominant à droite. Lorsqu'il fait effort pour respirer, les douleurs augmentent et il a quelquefois des palpitations.

Lorsque l'attaque est *imminente*, le malade sent le sang lui monter à la tête; les tempes lui battent; l'ouïe acquiesce du côté droit une acuité insolite; rien de particulier du côté des yeux. Le malade ajoute enfin que les jours où il doit avoir son attaque, il éprouve longtemps à l'avance un sentiment de contentement qui, à mesure que son attaque approche, se transforme peu à peu en tristesse et besoin de solitude.

Les *attaques* chez ce malade ont toujours présenté une forme *fruste*; leur marche est la suivante:

L'enfant n'a pas plutôt perdu connaissance qu'il commence à se débattre et, s'il n'est maintenu, à exécuter des actes violents tels que d'arracher les barreaux de son lit ou le grillage d'une porte, jeter son lit de fer sur un autre, etc., selon l'endroit où il se trouve. Il est habituel qu'à ce moment il rejette quelques gorgées de sang dont la provenance reste encore douteuse, mais qui ne résulterait pas de morsures de la langue.

Lorsqu'on le maintient sur un lit, on ne tarde pas à observer de courtes périodes toniques pendant lesquelles se produit une raideur générale; sa tête est alors tendue en avant, la face tournée à gauche; les yeux fixes et dirigés en haut, les lèvres agitées d'un tremblement convulsif.

Puis, cet état de tétanismes s'arrête; il n'y a pas de *stertor*. A partir

de ce moment, c'est le *dé lire* qui domine complètement la scène. Le malade a des *hallucinations de la vue et de l'ouïe*: il regarde fixement un interlocuteur imaginaire avec lequel il a une conversation sur ses affaires particulières. Il fait des gestes, tend le cou, l'oreille, eligne des yeux, questionne et répond à haute voix, etc. De temps en temps la conversation est interrompue par quelques mouvements cloniques, puis reprend. Cette longue phase de délire couvre pour ainsi dire toute l'attaque et apparaît un peu à toutes les périodes.

Ces attaques durent de quinze à vingt minutes. Le malade, lorsqu'il revient à lui, peut marcher *immédiatement*; il est complètement remis au bout de quelques minutes, mais ne garde absolument aucun souvenir de ce qui s'est passé.

En dehors de ces attaques, ce malade présente des espèces de *vertiges* durant environ deux ou trois minutes. Il prévient qu'il va « *tomber* »; mais, en réalité, il ne survient pas d'attaque; la physiologie ne se modifie pas. S'il est debout, il va de ci, de là, la tête comme perdue.

Ainsi le *vertige* existe dans l'hystérie. Telle est aussi d'ailleurs l'opinion de Spring (*Symptomatologie*, t. II, p. 559). « Il est vrai, dit-il, que l'*éclat* (vertige) s'observe le plus souvent chez les épileptiques ou chez ceux qui sont en devoir de le devenir; mais nous sommes à même d'affirmer qu'il saisit aussi temporairement des personnes à l'abri du mal caduc, *notamment des hystériques*... »

Il est permis de se demander ici s'il n'y aurait pas lieu de distinguer, comme cherche à le faire M. Bourneville, le *vertige épileptique* du *vertige hystérique*: mais nous ne saurions actuellement entreprendre une pareille discussion.

4. — *Accès d'épilepsie survenant chez un sujet présentant seulement quelques accidents hystériques non convulsifs* (hystérie locale).

Nous possédons par devers nous, dit M. Charcot (*loc. cit.* p. 371), un cas de ce genre.

On peut, dit aussi M. Aug. Voisin (*Dict. de méd. et de chir. prat.* art. *Épilepsie*, t. XIII, p. 626), distinguer avec Dunant un groupe d'épileptiques qui présentent quelques symptômes de l'hystérie non convulsive.

Les observations auxquelles il est fait allusion par ces

différents auteurs, n'ont malheureusement pas été publiées. Nous n'avons, quant à nous, recueilli aucun fait de ce genre.

§ 5. — Parvenu à la fin de cette exposition des diverses combinaisons que peuvent affecter l'hystérie et l'épilepsie quand leurs manifestations restent distinctes, nous ne croyons pas devoir terminer ce mémoire sans parler d'un genre particulier de *crises mixtes* qui ne nous paraissent pas pouvoir être considérées comme des attaques d'hystéro-épilepsie.

Dans ces cas, en effet, les malades restent plongés après leur accès dans la stupeur ou le coma ; de plus, il n'existe aucun trouble de la sensibilité persistant dans l'intervalle des attaques : bref, l'épilepsie domine nettement la scène. On observe en même temps des sensations de *boule*, de *strangulation*, d'*anxiété épigastrique* et des *hallucinations de la vue et de l'ouïe*. Telles sont, par exemple, les observations rapportées par M. Billod (*Épilepsie hystériforme*, *Gaz. hôp.* 1843), qui peuvent être résumées de la manière suivante :

OBSERVATION XV.

SciH..., vingt et un ans, épileptique depuis trois ans.

Antécédents névropathiques. Une demi-heure avant ses accès, le malade éprouve des fourmillements et de la faiblesse dans les jambes, une sorte d'ivresse, une céphalalgie intense, bientôt suivie de convulsions. Pendant l'accès, le malade a une demi-connaissance, perçoit des douleurs horribles dans la tête et dans les extrémités, croit étouffer et sent une boule remonter incessamment de l'épigastre au cou. Tout le reste se passe comme dans les autres attaques d'épilepsie. A la suite de l'accès, stupeur, demi-ivresse.

OBSERVATION XVI.

Lecl..., dix-neuf ans, épileptique depuis onze ans.

Nulle prédisposition héréditaire. L'accès s'annonce deux jours à l'avance par tristesse, céphalalgie, fourmillements dans les

membres. Début variable, tantôt par mouvements convulsifs des lèvres, tantôt par nystagmus, strabisme ou dilatation des pupilles. L'accès peut être incomplet, se borner à une perte de connaissance momentanée, à une crampe ou n'envahir que le côté gauche où les convulsions sont toujours plus fortes. Durant l'accès, le malade conserve une demi-connaissance qui lui permet de saisir quelques mots de la conversation et d'avoir la sensation d'une douleur déchirante au front et dans les articulations. Après les convulsions, sommeil soporeux et comme apoplectique.

OBSERVATION XVII.

Boud..., vingt et un ans.

Accès précédés de douleurs d'estomac, d'anxiété épigastrique; puis troubles de la vue et convulsions cloniques. A ce moment, la sensibilité est abolie; le malade ne voit ni n'entend, mais il ne perd pas connaissance et présente pendant son accès des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Boule hystérique. Stupeur à la suite de l'accès.

OBSERVATION XVIII.

Accès annoncé par épistaxis et crampes. Convulsions toniques et cloniques sans perte de conscience. Le malade se rappelle ensuite ce qu'on a dit autour de lui pendant l'accès. Sensation de boule, allant de l'aisselle à l'épigastre et au cou; respiration convulsive, face livide; l'accès se termine par un véritable accès de manie d'une demi-heure de durée.

Ces cas singuliers nous montrent une fois de plus quelle multiplicité de formes peuvent présenter les combinaisons de l'hystérie avec l'épilepsie que nous cherchons à analyser et à grouper; mais ce que nous voulons surtout faire remarquer dans ces observations, c'est le mode de combinaison des deux névroses; les accidents hystériformes sont ici *confondus* avec les accès d'épilepsie: il n'y a plus seulement *coexistence*, mais encore *coïncidence* des deux maladies.

Faut-il donc considérer ce nouveau complexe pathologique comme une simple *attaque mixte*, c'est-à-dire

comme appartenant à l'*hystéro-épilepsie*, telle qu'elle est comprise aujourd'hui?

Nous ne le croyons pas. Comme nous l'avons déjà dit, l'absence de troubles permanents de la sensibilité, les caractères des convulsions quelquefois prédominantes d'un côté (obs. XVI), enfin le sommeil soporeux ou la stupeur consécutifs, paraissent prouver assez que, dans ces cas, le fond de la maladie est bien l'épilepsie vulgaire, nettement distincte des phénomènes épileptiques de l'attaque hystérique. Telles sont les raisons pour lesquelles nous avons pris ces faits comme types d'un groupe particulier, d'un des modes de coexistence de l'épilepsie et de l'hystérie.

Nous reconnaissons d'ailleurs sans peine qu'on ne saurait discuter sur ces faits qu'avec la plus grande réserve, si l'on se rappelle qu'ils ont été recueillis à une époque où l'on ne possédait encore aucune notion claire de l'attaque hystérique telle que nous la connaissons maintenant.

Nous possédons aujourd'hui des moyens de diagnostic, entre autres la marche de la température, l'influence de la compression de l'ovaire, du testicule ou de la fosse iliaque (sexe masculin) et l'effet du bromure de potassium, qui permettraient sans doute de déterminer plus exactement la part qui revient à chaque névrose.

Si nous récapitulons maintenant dans une vue d'ensemble les faits qui viennent d'être examinés, nous voyons que nos observations confirment (sauf pour un cas) les quatre modes de coexistence de l'épilepsie et de l'hystérie mentionnés par les auteurs. *Elles nous montrent aussi et surtout que des faits absolument analogues peuvent se rencontrer chez l'homme.* Dans un premier groupe de cas (obs. II à IX), nous avons vu l'*hystéro-épilepsie coexister*, on dirait mieux encore *cohabiter* avec l'épilepsie établie primitivement chez le sujet: les deux maladies évoluent alors isolément et restent séparées dans leurs manifestations. Une subdivision

de ce même groupe nous est représentée par l'obs. X où nous voyons l'épilepsie se doubler seulement d'*accidents hystériformes*. Un deuxième et un troisième groupe comprend les cas dans lesquels des *accès d'épilepsie* ou seulement des *vertiges* (petit mal) se produisent à la traverse de l'hystérie, alors maladie principale et primitive. Enfin, nous croyons qu'il y a lieu de considérer un *cinquième groupe* comprenant les malades dont les attaques renferment à la fois des phénomènes épileptiques et des accidents hystériformes, et qui paraissent néanmoins différer de l'hystéro-épilepsie.

NOTE SUR LES RAPPORTS
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA FIÈVRE INTERMITTENTE

Par **M. le D^r H. MABILLE**
Directeur-médecin de l'asile de Lafond.

« Sydenham a signalé une sorte de manie consécutive aux fièvres intermittentes, surtout à celles qui ont le type quarte. Mais ses observations ne semblent pas avoir été confirmées par d'autres médecins. Senac lui-même n'a jamais rencontré qu'un seul cas analogue et M. Baillarger n'en a vu que deux. Il est d'ailleurs probable qu'il n'y a eu ici qu'une simple coïncidence (1). »

Telle est l'opinion exprimée par Grisolle.

Cependant Boerhave et quelques auteurs allemands ont signalé les fièvres intermittentes comme pouvant donner lieu à des troubles de l'intelligence.

Friedreich (2) a rassemblé sous ce rapport un certain nombre d'observations, et M. Baillarger (3) pense que les fièvres intermittentes prédisposent à l'aliénation mentale, en agissant d'abord comme toutes les affections nerveuses, mais surtout en produisant l'anémie et, par conséquent, en

(1) Grisolle, *Traité de Pathologie interne*, t. I, p. 457.

(2) Friedreich, *Pathologie des maladies psychiques*.

(3) Baillarger. Note sur la folie à la suite des fièvres intermittentes. *Annales méd.-psych.* 4843.

augmentant encore la prédominance du système nerveux sur le système sanguin.

D'ailleurs, selon M. Baillarger, la folie provoquée par les fièvres intermittentes prolongées, dégénère souvent en *stupidité* et cela, parce que les hydropisies sont un des accidents les plus communs des fièvres intermittentes.

Sebastian (4), dans son mémoire, ajoute : « que la nature du délire varie selon la cause qui l'a produit : c'est tantôt de la monomanie ambitieuse, érotique ou religieuse, tantôt de la mélancolie. Le délire est accompagné d'excitation, ou bien c'est de la folie tranquille. »

Macerio (*Ann. méd. psych.* 1849), Berthier (*Ann. méd.* 1864) et Lalmette (*Gazette des hôpitaux* 1872) ont donné des exemples de fièvres intermittentes amenant l'aliénation.

Dans les fièvres intermittentes, dit M. Christian (2), lorsque le délire est précoce, qu'il survient pendant l'accès ou même à la place de l'accès (obs. de Focke et de Flemming), la congestion cérébrale est évidente.

Si la fièvre intermittente dure depuis longtemps, on est en droit d'invoquer l'anémie qui en est la suite. On doit aussi, selon M. Christian, tenir compte de l'agent toxique.

M. Dagonet (3) pour sa part, malgré les fréquentes épidémies de fièvres intermittentes qu'il a pu observer, surtout en Alsace, n'a pu rencontrer des exemples évidents de fièvres intermittentes dégénérées en aliénation. La cause lui paraît donc douteuse et il croit avec Guislain qu'il y a lieu dans ce cas de tenir compte de la cachexie et de l'appauvrissement du sang.

(4) Sebastian. *Remarques sur la mélancolie et la manie, suite des fièvres intermittentes*, Traduction par M. L. Luvier 1844.

(2) Christian. *De la folie consécutive aux maladies aiguës*. Paris, 1873.

(3) Dagonet. *Traité des mal. mentales*.

Les cas assez nombreux de malaria que nous avons observés à l'asile de Blois chez des aliénés originaires de la Sologne, nous avaient paru coïncider simplement avec l'aliénation et il ne nous avait pas été donné d'observer d'une façon exacte la corrélation entre l'affection paludéenne et l'aliénation mentale.

Dans l'espace de quelques mois, nous avons eu la bonne fortune d'observer deux malades d'un ordre tout différent.

Chez la première, qui ne fait pas partie de l'asile de Lafond, un délire violent s'est déclaré pendant les accès de fièvre et a subsisté pendant douze jours en dehors de la période fébrile; chez la seconde, qui est séquestrée depuis huit mois à Lafond, nous avons pu noter l'influence d'accès répétés sur les déterminations de la malade.

OBSERVATIONS.

SOMMAIRE. — Folie survenue à la suite d'accès paludéens à type quotidien. — Hallucinations; délire des paroles et des actes, durant environ douze jours et persistant même en dehors de l'accès. — Guérison par le sulfate de quinine.

Mme X..., âgée de trente-cinq ans, de taille élevée, tempérament lymphatique, souffrait depuis huit jours environ de maux qui survenaient à des époques à peu près les mêmes dans la journée, quand, le 4 mai au soir, elle fut prise de violentes douleurs de tête avec fièvre intense et délire qui effraya les parents qui nous firent chercher.

À notre arrivée, nous pûmes constater un désordre très grand des idées; la malade se plaignait de douleurs très vives dans la tête, la langue était saburrale, le pouls atteignait 120 pulsations par minute, la température 39° environ. Le ventre n'était pas météorisé. Un purgatif salin fut ordonné.

5 mai. — À onze heures du matin, lors de notre visite, nous constatons que la fièvre a disparu. La température est presque normale et le pouls est à 80 pulsations. Les douleurs de tête sont encore très vives et la malade comprend à peine les questions qu'on lui adresse. Elle semble tout à fait étrangère à ce qui se passe autour d'elle; le regard est fixe et les yeux semblent aper-

lever quelque objet, la malade prétend qu'on lui siffle dans les oreilles (1).

Cette absence de fièvre, malgré la persistance du trouble des idées, nous fit rejeter immédiatement les craintes, que nous avions pu avoir la veille, d'un début de fièvre continue et nous crûmes alors à des accès intermittents ; il y avait déjà eu une première atteinte il y a dix ans. D'ailleurs, la reproduction vers cinq heures du soir des symptômes de la veille ne devait plus nous laisser aucun doute à cet égard. En effet, les stades divers, froid, chaleur, sueur, de l'accès simple de la fièvre intermittente se produisirent sous nos yeux et l'administration du sulfate de quinine nous parut indiquée. Compresses d'eau sur la tête.

6 mai. — La fièvre apparaît un peu plus tard, — mêmes troubles de l'idéation, emportement, irritation très vive contre son entourage. La malade répond par des mots sans suite aux questions qu'on lui pose et cela en dehors des accès ; — sulfate de quinine, — lavement salé.

7 mai. — Les jours suivants, les mêmes symptômes sont observés et, le 12 mai, Mme X... dénoue ses cheveux, les étale devant tout le monde ; désordre des actes, yeux hagards, insomnie.

Au bout de huit jours de traitement par le sulfate de quinine, la fièvre ne reparait qu'avec une faible intensité, mais les idées, tout en étant plus lucides, paraissent encore peu nettes, hébétéde légère.

Le 25 mai, les accès intermittents ont totalement disparu et, à partir du 28 mai, Mme X... paraît revenir complètement à la raison. Quelques granules d'acide arsénieux sont ordonnés pour compléter le traitement.

Le 4 juin, la malade vient nous remercier ; elle est complètement rétablie. Nous lui conseillons de prendre, pendant quelques jours encore, du vin de quinquina et des granules d'acide arsénieux.

Mme X... a la tête assez bien conformée, mais le front est bas et un peu déprimé ; de plus, quand on cause un certain temps avec elle, on s'aperçoit bien vite qu'elle n'est pas intelligente ; on constate chez elle une insuffisance intellectuelle très manifeste. La réputation de Mme X... est d'ailleurs bien établie sous ce rapport dans le voisinage.

(1) Il est à noter que ces sifflements ont existé avant l'administration de la quinine et ne sauraient lui être attribués.

Nous avons insisté sur les débuts alarmants de l'affection qui en raison du délire intense ont pu faire croire un instant à un début de fièvre continue.

Nous croyons inutile de faire remarquer que cet état mental transitoire a disparu en même temps que la cause qui l'avait produit; car il ne saurait exister de doute sur l'influence des accès intermittents dans ce cas.

Quel a été leur mode d'action? Est-ce à l'anémie cérébrale, suite de ces accès, qu'il faut attribuer le délire observé? Nous répondrons alors que l'accès de M^{me} X... s'était développé depuis quelques jours seulement et n'avait pu par conséquent produire encore une anémie réelle. Nous pensons plutôt que l'intoxication paludéenne du sang a agi chez M^{me} X... d'une façon particulière, en raison de la faiblesse intellectuelle qui semblait la prédisposer aux désordres de l'intelligence. Au point de vue de la pathogénie, nous inclinons à placer l'affection mentale de M^{me} X... dans les troubles mentaux d'origine toxique, le tout compliqué de prédispositions héréditaires.

Voici maintenant une observation toute différente. Nous la résumerons en quelques mots seulement.

Mlle C... est entrée à l'établissement, en octobre 1880, pour une aliénation caractérisée par des visions, des frayeurs et des périodes d'excitation. Or, depuis cette époque, elle a été en proie à de violents accès de fièvre, disparaissant pendant huit à dix jours; pour réparaître chaque jour avec une grande intensité. Durant un mois, nous avons compté douze jours de fièvre à type quotidien.

Eh bien! cette malade, qui est calme, à des moments de répit, devient très agitée un jour avant que la fièvre réparaîsse. Elle obéit alors à des impulsions irrésistibles, frappe, morale les personnes de son entourage et cet état dure en général deux jours après la disparition des accès. Puis, le calme survient à nouveau, pour faire place à un état de désordre mental dès l'imminence des accès intermittents.

Nous ajouterons que le régime tonique institué a fait disparaître l'anémie, légère d'ailleurs, de la malade qui est aussi bien portante qu'il est possible de l'espérer dans un tel état de choses. On se trouve donc encore dans ce cas obligé d'admettre l'intoxication du sang comme cause des accès d'agitation. *

Pour ce qui est de l'influence des accidents paludéens sur la marche des maladies mentales, M. le Dr Duclos (1) a constaté, à l'asile de Betton (Savoie), que les mélancoliques sont devenus plus agités, pour retomber ensuite dans une prostration plus grande; les maniaques, d'abord plus calmes, ont été plus agités et tous, à l'exception de deux, ont marché plus rapidement vers la démence.

M. Dagonet est arrivé aux mêmes résultats à l'asile de Stéphanfeld (2).

Que penser alors de l'opinion de certains médecins d'Allemagne, qui, comptant sur une perturbation apportée dans le système nerveux, ont cherché à faire naître artificiellement des accès fébriles?

Il demeure donc acquis que la fièvre intermittente peut engendrer l'aliénation et, quand elle existe, modifier d'une façon désavantageuse le cours de l'affection mentale. Quant aux causes de cette transformation et de la production de la folie, nous croyons devoir l'attribuer, chez nos deux malades, à l'intoxication du sang par le miasme paludéen, plutôt qu'à l'anémie cérébrale qui, dans les deux cas qu'il nous a été donné d'observer, ne nous a pas semblé exister.

(1) Duclos, *Annales méd. psych.* 1847, p. 450.

(2) Dagonet, *Traité des maladies mentales.*

Archives cliniques

58

ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE PAU. — M. LAFFITTE.

Paralyse générale produite par un coup sur la tête.

Le nommé C... Pierre a été admis à l'asile de Pau, où je remplissais par intérim les fonctions de directeur-médecin, le 2 septembre 1859.

Des renseignements très précis et très exacts nous sont fournis par la femme du malade sur les antécédents et sur la cause de la maladie.

C... est âgé de 50 ans; il est marié, sans enfants, et exerce à Tarbes la profession d'aubergiste; il était intelligent, rangé, économe, laborieux, sobre; pas de chagrins, pas de préoccupations d'affaires, pas de maladies antérieures, pas d'hérédité.

Le 7 août 1859, voulant séparer deux personnes qui se battaient dans son auberge, il reçoit sur la tête un violent coup de poing qui l'étourdit pendant quelques instants, mais qui ne l'empêche pas de vaquer à ses occupations dans la journée.

Mais le lendemain, 8, il se plaint de souffrir de la tête; il se montre triste, abattu et n'a pas recouvré sa gaieté habituelle.

Pas d'appétit.

Le 9, le malade a peu dormi, rêvasseries pendant la nuit.

Le 10, il y a un peu d'excitation, le malade parle plus que d'habitude; il se montre satisfait de tout, et il sort

plusieurs fois de la maison pour aller en ville faire des achats dont il n'a nul besoin; il veut faire l'acquisition de deux chevaux, d'une voiture; le soir, il court la ville en riant et en entretenant tout le monde de ses projets grandioses et en énumérant ses richesses.

La séquestration devenue urgente, il est admis à l'hôpital de Tarbes où il est soigné trois fois; son état ne s'étant pas amélioré, il est conduit à l'asile de Pau où il est admis le 2 septembre 1859.

C'est un homme grand, robuste, d'un tempérament sanguin; la physionomie du malade exprime la satisfaction, il sourit agréablement lorsqu'on lui parle et paraît très heureux.

Le malade est assez calme et nous raconte, avec une prolixité remarquable et avec les plus minutieux détails, les diverses circonstances qui ont précédé l'agression dont il a été l'objet et les divers événements de sa vie; avec les dates précises de son mariage, de sa naissance; le numéro qu'il a tiré à la conscription, etc.; mais il a perdu le souvenir de tout ce qui s'est passé depuis le 8 août.

La parole est légèrement hésitante, sans embarras proprement dit; les pupilles sont égales, mais rétrécies; la sensibilité générale et spéciale sont conservées; la langue ne présente pas de tremblements fibrillaires; peut-être en existe-t-il à l'orbiculaire des lèvres, mais ils sont si légers, si peu accusés qu'on hésiterait à l'affirmer.

La démarche est assurée et paraît libre.
14 août. Les nuits sont agitées, peu de sommeil; C. a vu l'Impératrice qui lui a remis son portrait. Bains prolongés.

12 août. Il se lève pendant la nuit, chante, prétendant qu'il a une voix admirable, etc. Sulfate de soude.

13 août. Il nous raconte qu'il est très mécontent de l'administration; il doit faire un rapport à l'Empereur pour changer le préfet; il va utiliser les landes du Pont-Long et

les transformer en magnifiques prairies où il élèvera des milliers de chevaux.

15 août. Par moment, lorsqu'on parle avec le malade pendant quelque temps, on peut saisir une certaine hésitation dans la prononciation de quelques mots. Mêmes idées de grandeur. Projets fantastiques, pupilles égales; sensibilité générale et spéciale en parfaite intégrité.

20 août. La villa que l'Empereur a fait bâtir à Biarritz lui appartient; le malade qui avait dormi les nuits précédentes, s'est levé pendant la nuit dernière et a parlé beaucoup.

1^{er} octobre. Pupille droite un peu plus dilatée que la gauche. — Mêmes idées.

7 octobre. Agitation extrême pendant la nuit. A la visite du matin, la figure rouge, animée, mêmes idées de grandeur; mais G... s'émue facilement et pleure devant nous; mais un instant après il est heureux, il est empereur, etc. Pupille droite beaucoup plus dilatée que la gauche. — Le malade ne peut rester en place. Le tremblement des mains est très accusé; sensibilité générale obtuse, on peut pincer le malade aux bras, au cou sans qu'il s'en aperçoive, l'embarras de la parole qui était peu marqué jusqu'à ce moment est beaucoup plus facile à constater.

10 octobre. Sangsties au siège. — Alors.

14 octobre. Le malade est plus calme, mais il ne se rappelle pas avoir reçu la visite de sa femme qui est venue le voir il y a à peine huit jours. — La mémoire des faits antérieurs à son accident est toujours conservée. — Mêmes idées de grandeur, le bon Dieu est son père, etc.

Ayant quitté l'asile au commencement de l'année 1860, nous n'avons pu suivre le malade dont l'intelligence s'est progressivement affaiblie et qui a fini par succomber par suite de marasme paralytique.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES. — M. RÉGIS.

Existence de tous les symptômes physiques et intellectuels de la paralysie générale, chez un alcoolique chronique, sans aucune lésion de paralysie générale à l'autopsie.

SOMMAIRE. — Accès subaigu d'alcoolisme; guérison rapide. — Deuxième accès, suivi des symptômes de paralysie générale. — Guérison. — Troisième accès suivi de tous les symptômes physiques et intellectuels de la paralysie générale. — Amélioration de ces symptômes. — Mort brusque par attaque d'apoplexie. — Autopsie : athérome généralisé; pachyménigite hémorragique. — Aucune lésion de paralysie générale.

D... Auguste, cinquante-sept ans, menuisier, célibataire, entre à la Clinique (asile Sainte-Anne), le 26 décembre 1880, accompagné des deux certificats suivants :

24 décembre 1880. « *Excitation maniaque.*

» Arrêté nombre de fois pour délits insignifiants. Déjà traité deux fois à Sainte-Anne. Arrêté de nouveau ne pouvant payer un fiacre. Excitation sans violences. Habitudes alcooliques. »

LASÈGUE.

25 décembre. — « *Excitation maniaque avec idées ambitieuses; loquacité, propos incohérents. Habitudes alcooliques; contusions de la face.* »

MAGNAN.

Rien de particulier à relever chez les ascendants de D..., à part que son père, mort à soixante-dix-huit ans, était un assez fort buveur.

Un de ses frères est mort à cinquante-sept ans à Bicêtre; le second est aussi à Bicêtre, à l'asile des vieillards.

Pour lui, il a commis toute sa vie des excès de boisson, et comme l'indique le certificat cité plus haut, il en est à son troisième accès d'alcoolisme.

Le premier n'a rien présenté de saillant et le malade est sorti de l'asile après quelques jours de traitement.

Le second, qui a eu lieu au mois de juillet 1880, s'est accompagné d'actes délictueux qui ont nécessité à nouveau la séquestration. Ce second accès s'est surtout caractérisé par la présence de quelques symptômes de paralysie générale.

Voici les certificats dressés à cette époque :

9 juillet 1880. — « *Manie chronique; arrêté pour vagabondage et filouterie; ordonnance de non-lieu pour aliénation. Idées incohérentes, conceptions ambitieuses; il est fils de général, son ouvrage l'attend; souvenirs très confus.* »

LASÈGUE.

10 juillet 1880. — « *Affaiblissement des facultés mentales avec idées ambitieuses et idées confuses de persécution. Actes inconscients. Habitudes alcooliques.* »

MAGNAN.

25 juillet 1880. — « *Manie chronique avec prédominance d'idées ambitieuses. Le malade s'imagine appartenir à une famille illustre, avoir droit à un héritage; il fait à ce sujet des réclamations et se livre à des actes extravagants.* »

DAGONET.

Comme on le voit, le malade présentait quelques symptômes de paralysie générale, surtout au point de vue intellectuel et moral : filouterie, incohérence, affaiblissement intellectuel, idées ambitieuses.

Or, deux mois après, tous ces symptômes avaient disparu, et le 30 septembre, le malade était mis en liberté sur le certificat suivant de M. Dagonet :

27 septembre 1880. — « *Est guéri; sa sortie peut être autorisée.* »

DAGONET.

Sorti de l'asile, le malade n'a rien de plus pressé que

de reprendre ses habitudes d'intempérance, et il commet de nouveaux excès de boissons. Sous leur influence, il s'excite et ne tarde pas à présenter, cette fois, non plus quelques symptômes, mais tous les symptômes d'une paralysie générale à forme maniaque. Comme beaucoup de paralytiques excités, il se fait arrêter ne pouvant payer un fiacre dans lequel il se faisait promener depuis plusieurs heures; comme eux aussi, il est loquace, bavard, il déclame à tout propos et ne dort pas la nuit. Enfin, fait beaucoup plus grave, son intelligence paraît affaiblie et il présente un délire ambitieux, absurde, incohérent qui alterne avec des idées hypochondriaques, relatives à son tube digestif. — Son grand-père, dit-il, était boucher de Louis XVI; son grand-oncle était le colonel de Failly; le général de Failly est son cousin; il s'appelle D... Barbier de Failly; il a 450,000 fr. de fortune, etc. D'autres fois, comme nous l'avons dit, il est déprimé et refuse de parler et de manger, sous prétexte que cela lui est complètement impossible. En même temps, il présente un tremblement assez fin de la langue et des mains, de l'hésitation dans la parole, de la contraction exagérée des pupilles avec inégalité (droite plus large), en un mot, tous les symptômes physiques et intellectuels de la paralysie générale. De plus, le système circulatoire est assez gravement atteint chez lui; ses artères sont flexueuses et dures, son pouls petit, lent, intermittent; les battements de son cœur précipités par saccades, sourds, mais sans souffle organique.

Au bout d'un mois environ, les symptômes de paralysie générale se sont notablement amendés chez D..., surtout au point de vue intellectuel. Il est calme, raisonnable, s'occupe chez le menuisier de l'asile. Le seul signe, qui persiste tel quel chez lui, est l'inégalité pupillaire avec myosis.

2 mars. — Le malade cesse brusquement de travailler à l'atelier; il se dit mal en train, se plaint de la tête. Etat saburral très prononcé, haleine fétide. Purgatifs.

8 mars. — D... se plaint toujours de la tête, l'état saburral est le même, malgré les purgatifs répétés qui ont été prescrits. Pas d'excitation, ni de délire de grandeurs. Torpeur intellectuelle.

9 mars. — Attaque d'apoplexie, dans la nuit. Le malade est dans le stertor; mouvement de « fumer la pipe ». Hémiplégie gauche incomplète avec contracture et anesthésie absolue. On peut appliquer le doigt sur le globe oculaire de ce côté sans provoquer aucune réaction. Résolution musculaire du côté droit avec anesthésie légère. Etat grave, sinapismes, lavement purgatif.

Le malade meurt le lendemain 10 mars, à onze heures du soir, sans avoir repris connaissance et sans avoir eu de nouvelle attaque.

AUTOPSIE — (par MM. Chambard et Vallon), trente-six heures après la mort.

Poids de l'encéphale.

Poids du cerveau.	4.088 gr.
Hémisphère droit.	530
Hémisphère gauche.	538
Cervelet.	437
Hémisphère cérébelleux droit. . .	68
Hémisphère cérébelleux gauche. .	69
Bulbe, protubérance.	26

Hémorrhagie dans la cavité de l'arachnoïde (pachyméningite hémorrhagique). Il existe à la surface des deux hémisphères, au niveau des deux tiers antérieurs de la face externe du cerveau à gauche et du tiers antérieur à droite, une vaste nappe de caillots cruoriques, limitée superficiellement par la dure-mère, dont la face interne présente une coloration jaune rougeâtre, et profondément par le feuillet viscéral de l'arachnoïde, très notablement épaissi, et offrant, lui aussi, l'aspect d'une membrane jaune rougeâtre, molle et friable. Au niveau du foyer, l'arachnoïde est facilement séparable de la dure-mère, à laquelle elle

n'adhère que par l'intermédiaire de cette nappe cruorique, mais elle s'y réunit à la périphérie, et à ce niveau elle perd peu à peu ses caractères pathologiques. Lorsqu'après avoir enlevé les caillots, on examine la surface interne de la dure-mère, on trouve en certains points de petites masses d'apparence fibrineuse, fortement adhérentes à cette membrane, qui doivent indiquer le point de départ de l'hémorrhagie. Athérome généralisé et très marqué des artères de la base.

Aucune adhérence des méninges à la couche corticale du cerveau. Pas de granulations sur l'épendyme des ventricules. Rien aux coupes.

Le cervelet, la protubérance et la moelle n'offrent rien de particulier.

Aucune lésion des organes thoraciques ou abdominaux, à part l'athérome de l'aorte, épaissie et notablement augmentée de volume.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante à reproduire à plus d'un titre. Elle tend à prouver en effet :

1^o Qu'il n'existe pas une relation forcée, absolue, entre les symptômes de la paralysie générale et les lésions propres à cette maladie ; et que les premiers ne sont pas forcément toujours sous la dépendance de ces lésions ;

2^o Que de simples troubles circulatoires du cerveau sont susceptibles de déterminer l'apparition simultanée des symptômes physiques et intellectuels de la paralysie générale, y compris le cachet démentiel des conceptions délirantes, tout comme les lésions organiques habituelles ; avec cette différence toutefois, que les symptômes de paralysie générale sont alors transitoires et passagers, comme les troubles fonctionnels qui leur ont donné naissance ;

3^o Que les troubles circulatoires du cerveau, si fréquents dans l'alcoolisme chronique, suffisent à créer l'appareil symptomatique de la paralysie générale, et que, dans bien des cas, par conséquent, les paralysies générales dites

alcooliques ne sont autre chose que des pseudo-paralysies générales curables, ou si l'on veut, des *Paralysies générales* qu'on pourrait appeler *fonctionnelles*, par opposition à la paralysie générale vraie, qui, elle, est de nature essentiellement organique. Il y aurait, entre elles et la vraie paralysie générale, la même différence qu'entre la véritable aphasie issue d'une lésion organique, et cette abolition passagère de la parole et du mouvement, due à un simple trouble circulatoire du cerveau, que M. le professeur Ball a proposé de désigner sous le nom d'ischémie cérébrale fonctionnelle.

60

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BAILLARGER.

Paralysie générale, tumeur fibreuse de la dure-mère.

SOMMAIRE. — Délire ambitieux chez trois personnes de la même famille, le père, la mère et la fille. — Voyage entrepris en Espagne pour recouvrer une prétendue succession de quarante millions. — La mère finit par être atteinte de paralysie générale.

La femme L..., âgée de 47 ans, a été conduite à la Salpêtrière en avril 1861.

La mère de la malade est morte folle à l'âge de 69 ans. Son père, après avoir amassé une assez grande fortune, s'est ruiné par suite du désordre qui régnait dans ses affaires.

Le mari nous raconte que sa femme, sa fille et lui reviennent d'Espagne où ils sont restés pendant plusieurs années. Ils étaient allés dans ce pays pour soutenir un procès à propos d'une succession de 40 millions à laquelle ils croient avoir des droits. Pendant tout le temps de leur séjour dans ce pays, ils auraient été victimes d'une foule de vexations qui avaient pour but de les dégoûter de leur entreprise. On aurait même essayé de les faire périr : un jour, entre autres, on leur aurait offert une poudre blanche appelée *touron* dans

le pays ; or, un chat, un chien et une mendiante qui en avaient mangé, moururent ; quant à sa femme, elle eut des vomissements et resta longtemps souffrante. C'est à cette époque que le mari fait remonter le dérangement survenu dans les facultés intellectuelles.

Le procès n'avançant pas, et se voyant d'ailleurs privée de toutes ressources, la famille rentra à Paris dans la plus profonde misère. Une fois en France, notre malade chercha une consolation dans l'usage des boissons alcooliques ; elle devint alors insupportable pour sa famille, sortant à toute heure de la nuit, voulant parfois se mettre nue en public, d'autrefois tombant dans une tristesse profonde.

Le mari nous donne tous ces renseignements avec calme et assurance, et paraît très convaincu. Mais en l'interrogeant au sujet de l'héritage qu'il était allé chercher, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il est comme sa femme convaincu de la réalité de l'héritage qu'il a poursuivi et des persécutions auxquelles il aurait été en butte. La fille partage aussi sous ce rapport la conviction de ses parents.

Le point de départ de ces idées ambitieuses paraît être une histoire que l'on racontait depuis longtemps dans la famille : pendant la Révolution, une de leurs aïeules avait été enlevée par un Anglais, et on espérait toujours recueillir un brillant héritage. Quoi qu'il en soit, le mari prétend qu'on leur a proposé des sommes assez fortes pour les décider à renoncer à cet héritage ; ils ont accepté ces propositions, mais on ne les a pas tenues. La plus grande partie des maisons de Madrid font partie de cette succession, c'est pour cela qu'un jour leur propriétaire, s'apercevant qu'il logeait les véritables maîtres, les avait mis à la porte. En Espagne, on a cherché à l'emprisonner, on le faisait passer comme révolutionnaire.

Pendant tout son récit, le mari conserve le même air découragé, mais sérieux et convaincu ; la femme, au contraire, parle avec une excitation et une volubilité ex-

trêmes. Chaque jour, elle augmente le chiffre de sa fortune, elle dit qu'elle veut faire beaucoup de changements dans la Salpêtrière; elle est agitée, bruyante et cherche à se sauver.

Lorsque la malade prononce un mot un peu long, sa langue semble s'embarrasser; cet organe présente du reste un peu de tremblement. La pupille droite est triple de la gauche; cette dernière paraît aussi moins sensible à la lumière.

Pendant les derniers mois de l'année 1861, L... reste à peu près dans le même état: elle se promène dans la cour, les vêtements en désordre, adressant des signes de bienveillance et de protection à ceux qui s'approchent d'elle. Ses idées délirantes varient, mais présentent toutes le même caractère d'exagération; c'est ainsi qu'elle parle de beaucoup de mariages pour elle et sa fille, elle fait cinq cents enfants par jour, elle connaît trente-quatre empereurs.

Au mois de février 1862, la malade devient plus incohérente, en même temps, son délire se modifie un peu. Elle prétend qu'elle a 2 têtes, 6 bras, 14 nattes de cheveux blonds. Elle a 800 enfants qui possèdent chacun 6 mamelles. Idées érotiques. Parole embarrassée. Hallucinations de la vue et de l'ouïe: voit et entend ses 80 maris. La commissure droite est un peu abaissée. Gâte.

Le 18 mars, L... est prise de diarrhée avec sécheresse de la langue et des lèvres, les dents sont fuligineuses, la parole confuse, la prostration très grande; la mort arrive le 26 mars.

Autopsie. — En enlevant la voûte crânienne, on aperçoit sur le côté droit de la face interne du frontal une tumeur du volume d'une noisette ayant déterminé dans la partie correspondante de l'hémisphère droit une petite dépression. Cette tumeur est blanche, pédiculée, adhérente aux os; examinée au microscope, on voit qu'elle est formée d'éléments fibro-plastiques.

Les méninges sont considérablement injectées, et il existe même une hémorragie méningée avec fausse membrane dans toute l'étendue de la base de la faux du cerveau.

Sur les lobes frontaux, il existe quelques adhérences peu étendues. Le sommet des circonvolutions est piqué en certains points.

Sur des coupes, on voit que la substance grise des circonvolutions est rosée et même rouge foncé dans quelques régions. A la face inférieure, plaques légèrement ardoisées.

Les couches optiques et les corps striés présentent un aspect légèrement granuleux.

Les deux hémisphères pèsent chacun 600 grammes.

Le cœur est sain. Tout le lobe intérieur du poumon gauche présente une hépatisation rouge, la coupe en est granuleuse, couleur acajou ; un morceau, jeté dans l'eau, gagne le fond du vase.

Etat normal des organes digestifs.

Cette observation est un exemple curieux d'un délire ambitieux systématisé avec idées de persécution chez trois personnes de la même famille, délire suivi de paralysie générale chez l'une des trois malades.

Cette paralysie générale paraît avoir été provoquée par l'irritation produite par le développement de la petite tumeur fibreuse de la dure-mère et par des excès alcooliques.

La femme L... a succombé rapidement à une maladie incidente, alors qu'elle n'était encore qu'à une période peu avancée. On ne constate à l'autopsie aucun signe d'atrophie du cerveau, les hémisphères sont égaux, les adhérences sont légères et peu étendues.

Je crois encore devoir noter ce singulier délire ambitieux qui fait dire à la malade qu'elle a *deux têtes, six bras*, que chacun de ses *huit cents* enfants a *6 mamelles*.

Médecine légale

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR

L'ÉTAT MENTAL

DU SIEUR

AYMES (GERMAIN)

MEURTRIER DU D^r MARCHANT (1)

Délire des persécutions. — Ordonnance de non-lieu.

Ce rapport emprunté aux circonstances un double intérêt :

En premier lieu, parce que celui qui en fait l'objet a causé la mort du D^r Marchant, doyen des directeurs-médecins des asiles d'aliénés de France, dont la perte laisse à tous ceux qui l'ont connu de si vifs et si légitimes regrets; parce qu'aussi cette mort a prouvé une fois de plus que les aliénés font courir à la société des dangers incessants, et que, lors même qu'ils sont renfermés dans les asiles spéciaux, ils doivent être toujours soumis à une minutieuse surveillance. Lorsque le capitaine Aymes a été conduit à Braqueville, on a eu égard à sa personne, à son rang, à son titre; on l'a fouillé superficiellement; on a négligé de le faire déshabiller, et cette condescendance lui a permis de cacher sous sa chemise le revolver dont il a fait usage.

En second lieu, parce que M. Aymes passe pour avoir

(1) Voir le numéro de juillet dernier.

été la victime d'une séquestration arbitraire et illégale. Soit mauvaise foi, soit plutôt ignorance, beaucoup de personnes ont cru qu'il avait eu réellement à subir tous les outrages, toutes les injustices dont il se plaint d'une manière incessante. Ces personnes n'ont pas su reconnaître que tout ce qu'il raconte est faux, imaginaire, produit par un cerveau malade, et elles sont intervenues activement en sa faveur. Tel journal, pour des motifs que nous ne voulons pas examiner, a cru devoir se faire l'écho de ces récriminations mal fondées. Il importe donc que tout le monde connaisse et puisse apprécier la nature de la maladie mentale dont le sieur Aymes est atteint.

Pour faire notre rapport, nous avons eu à notre disposition une très grande quantité de documents: lettres du malade, jugements portés sur lui par des personnes autorisées, enquêtes faites dans toutes les villes, dans toutes les garnisons où il a passé depuis huit à dix ans. Nous n'avons employé qu'une partie de ces documents; le reste contenait des détails si intimes, ou bien se rapportait à des faits tellement semblables à ceux que nous avons mis en avant, qu'il nous a paru inutile de nous en servir. Tous ces documents ont été réunis sur notre demande, par M. le procureur de la République et par M. le juge d'instruction de Toulouse, qui l'ont fait avec un empressement et une obligeance dont nous tenons à les remercier.

Nous soussignés, docteurs en médecine de la Faculté de Paris, domiciliés à Toulouse: J. Noguès, professeur à l'École de médecine; Guilhem, médecin des hôpitaux; V. Parant, médecin de la maison de santé, rapporteur;

Commis par ordonnance de M. Doazan, juge d'instruction, à l'effet d'examiner l'état mental du sieur Aymes, actuellement interné à l'asile d'aliénés de Braqueville (Haute-Garonne), inculpé d'homicide;

Avons prêté serment le 30 juin 1884 ;

Avons ensuite pris connaissance de nombreux documents concernant le sieur Aymes, que nous avons visité plusieurs fois à l'asile d'aliénés.

Après quoi nous avons rédigé le rapport suivant :

Le 18 juin 1884, le sieur Aymes, interné à l'asile de Braqueville depuis six semaines, tirait à bout portant un coup de revolver sur M. Marchant, directeur-médecin de l'asile. La balle, atteignant la partie postérieure de la tête, déterminait une blessure aux suites de laquelle succombait, le 24 juin, notre malheureux et regretté confrère.

Aymes est-il ou non responsable de cette mort ? autrement dit, est-il ou n'est-il pas aliéné ?

Quelques personnes qui ont eu des relations avec lui ont nié qu'il fût atteint d'aliénation mentale. Des organes de la presse ont élevé la voix à son sujet, et ont prétendu qu'il était victime d'une séquestration arbitraire et illégale.

Les médecins militaires qui ont donné leur avis sur cette séquestration, M. Marchant lui-même dont le conseil avait été réclamé avant l'internement, ont affirmé l'existence d'une maladie mentale bien caractérisée et qui rend le malade dangereux.

L'autorité judiciaire intervenant après le meurtre, nous a chargés de l'éclairer sur ce sujet. Après l'étude des documents qui nous ont été remis, après l'examen direct du sieur Aymes, nous sommes arrivés à une conviction conforme à celle de nos confrères.

Ces documents sont très instructifs et très significatifs. Nous allons en présenter l'analyse et en donner quelques extraits. Ils nous aideront à retracer, au point de vue mental, la vie de Aymes pendant les dernières années ; les détails dans lesquels nous allons entrer suffiront certainement à lever tous les doutes sur l'existence de la maladie.

Aymes est un soldat de fortune ; engagé volontaire en 1859, il s'est peu à peu élevé par sa tenue, par son ins-

truction militaire, et surtout par sa brillante conduite dans la guerre de 1870, jusqu'au grade de capitaine.

S'il était soldat distingué, il semble néanmoins avoir été défectueux sous d'autres rapports. Dans une note qui le concerne, émanant du corps où il a servi de 1872 à 1875, nous trouvons ce qui suit : « Le capitaine Aymes avait un caractère bizarre, fréquentait peu ses camarades et se croyait persécuté. » Plusieurs collègues de Aymes dans le même corps parlent dans le même sens et ajoutent qu'il s'imaginait être méprisé d'eux parce qu'il était de très humble origine. — Rien ne justifiait de pareilles idées qui probablement étaient le premier produit de la maladie mentale que nous allons voir faire explosion tout-à-coup.

Aymes se maria en octobre 1875. Sa femme était d'une famille de Forcalquier, sur l'honorabilité de laquelle, d'après les renseignements que nous avons sous les yeux, le doute n'est pas permis. Cependant, dès le jour même de son mariage, Aymes conçoit sur elle de formidables soupçons et fait peser sur sa femme une accusation des plus graves. Il croit qu'on l'a trompé; qu'on a abusé de lui; que sa femme n'est pas honnête. Tous les éloges qu'on lui a faits de sa vertu sont faux et menteurs. Ce qui lui donne ces idées, ce sont des signes mystérieux qu'il croit avoir vu échanger entre les divers membres de la famille; les paroles qu'on lui adresse sont à double entente; enfin une prétendue et invraisemblable conversation entre sa femme et un de ses beaux-frères lui révèle l'horreur de sa situation et lui donne une triste certitude.

En outre, à de certaines malaises qu'il éprouve et qu'il ne s'explique pas, il imagine que, dans un but évident pour lui, on a cherché à l'empoisonner.

Laissons-le parler; des extraits de ses lettres vont nous renseigner promptement sur ses griefs :

« En 1875, je m'alliai, et ce fut mon malheur, à une » famille élevée toute entière chez les jésuites, dont j'igno-

» rais encore l'esprit de cette société. Je me mariaï avec
 » une de ses filles âgée de 24 ans, qui sous les apparences
 » de vertu, menait avec un de ses beaux-frères une vie ré-
 » pugnante, ignorée de tous, lesquels vantaient les dehors
 » de cette femme.

» A peine marié, je m'aperçus de la valeur de cette
 » femme. »

Il crut reconnaître que Mme Aymes avait été la maîtresse de son beau-frère; que toute la famille avait pris des mesures pour qu'il ne s'en aperçût pas. C'est dans ce but qu'on lui fit prendre des narcotiques qui devaient le rendre incapable d'accomplir ses devoirs conjugaux, jusqu'à ce que pût intervenir un homme choisi par la famille, qui deviendrait l'amant de Mme Aymes dont il couvrirait ainsi le passé.

« Toute la famille D... a été témoin de cette lassitude,
 » de cette nonchalance dans mes mouvements, de mes
 » baflements, de cette difficulté à me mouvoir, et de
 » cette envie constante de dormir. Je vis que cette famille
 » m'avait fait prendre quelque narcotique... l'empoison-
 » nement n'a pas été complet; mais l'opium ou la morphine
 » m'ont tenu dans un état de léthargie suffisant pour se
 » moquer de l'homme...

» J'attendais le moment où celui qui était payé par A...
 » (le beau-frère), viendrait chercher cette femme à mon
 » bras, car A... avait dit, le soir du mariage à la mairie,
 » en s'adressant à Rose (Mme Aymes) : Quand tu auras
 » fait tout ce que je viens de te dire, et il faut le faire de
 » suite, l'autre qui sera ton mari, celui-là est ton époux
 » seulement (en parlant de moi), l'autre sera ton mari, —
 » époux, mari, homme, ce sont trois hommes, — l'autre
 » qui sera ton mari, ira cracher en passant à côté de lui et
 » tu en feras ton amant. »

L'amant ainsi choisi est un capitaine de la garnison de Rouen, à laquelle Aymes appartenait alors.

« Ce capitaine s'engagea, pour posséder cette femme, » à fournir un certificat attestant de l'innocence de la » femme, et que c'était à lui-même que cette femme avait » donné son cœur. Cet écrit obtenu... couvrirait complète- » ment A..., qui avait dû être inceste et avoir des relations » avec sa belle-sœur... »

Voilà le roman invraisemblable dont Aymes fit, dès le principe, la base de ses idées délirantes. Tout est parti de là, et actuellement rien n'est changé dans ces idées premières. On s'étonne à bon droit que quelques personnes aient pu, même un instant, croire à la réalité de ces inventions manifestement morbides, et se soient laissé abuser par le récit de malheurs conjugaux survenus dans des conditions impossibles. Comment admettre qu'une jeune femme se soit, au lendemain de son mariage, livrée à un inconnu, et que cet inconnu ait pu songer à posséder la femme? D'ailleurs, en ce qui concerne le capitaine mis en cause, une enquête faite par ses supérieurs a établi qu'il était irréprochable.

S'il pouvait y avoir encore un doute sur la nature morbide de ces conceptions, la suite des événements devrait le faire disparaître.

Au lendemain de son mariage, Aymes conduisit sa femme à Rouen. Là, il agit en mari tourmenté par une impérieuse jalousie; il épie et interprète en mal les moindres mouvements, les moindres actions de sa femme; lorsqu'elle sort, il croit lui voir faire des signes d'intelligence avec tout le monde; il se livre contre elle à des récriminations incessantes, il s'irrite, il fait des scènes de violence, et force enfin la malheureuse à se réfugier chez des voisins. La situation devint telle, que Mme Aymes réclama l'intervention de quelques amis; et l'autorité militaire prévenue par eux, ne trouva rien de mieux que de faire mettre Aymes en traitement à l'hôpital.

Au milieu de ces scènes de jalousie morbide, nous

voyons les idées délirantes se déterminer de plus en plus.

Bientôt, ce n'est plus à un seul, mais à plusieurs officiers que Mme Aymes s'est livrée.

L'amant principal se déclare d'une manière remarquable : « J'attendais, dit Aymes, que cet officier vint chercher en passant à côté de moi..... Un jour que j'allais à l'exercice, cet officier fumait un cigare à sa fenêtre; au bout de la rue, comme j'en prenais une autre, cet homme, levant son cigare de la bouche, crache, et remet son cigare à la bouche d'un air vainqueur, et se remet au bal-con en regardant cette femme... »

Aymes entend son rival venir dans son appartement pendant qu'il y est lui-même; il croit aussi le voir; et si sa femme et cet homme ont tant d'audace, c'est qu'on le tient, lui, sous l'influence des narcotiques. Car il s'aperçoit à des indices nombreux que sa femme continue à l'empoisonner; « elle voulait entrer seule dans la cuisine, afin de pouvoir aller verser le poison dans les aliments. »

Ses lettres sont pleines de détails du même genre, qu'il serait trop long de rapporter.

Cependant, à l'époque dont nous parlons, sa folie n'était pas encore si absolue qu'il n'eût des moments de lucidité et ne comprit son erreur. Alors il faisait jurer à sa femme qu'elle ne l'avait pas trompé et lui en faisait faire par écrit le serment. Voici un spécimen des nombreuses déclarations qu'il lui fit signer, qu'il rédigeait et écrivait lui-même : « Je soussignée ai fait du fond du cœur, devant Dieu et devant les hommes, le serment de rester toujours fidèle à mon époux et de remplir mes devoirs d'épouse. Aujourd'hui, pour donner fin aux indignes soupçons de mon mari qui a pensé jusqu'ici que j'entretenais par un moyen quelconque des relations avec un capitaine, je renouvelle ce serment par écrit pour mettre un terme à la jalousie de mon époux. Quant à avoir le moindre

» signe de connivence ou à avoir envoyé le moindre baiser
 » à qui que ce soit, je ne l'ai jamais fait et je ne le ferai
 » jamais pour rien au monde. »

Mais ces éclairs de raison, si on peut toutefois les considérer comme tels, ne duraient qu'un instant. Les idées délirantes reprenaient bientôt le dessus, et Aymes recommençait à formuler les mêmes accusations.

Les personnes qui étaient en relation avec lui à cette époque, l'ont bien jugé. Un de ses collègues écrit : « Depuis son retour à Rouen, M. Aymes laissait voir une préoccupation d'esprit excessive... Sa conversation n'avait aucune suite; néanmoins, ce n'est que dans ces derniers jours que j'ai pu remarquer chez le capitaine un trouble intellectuel extraordinaire, du moins pour certaines choses. Hier enfin, un conseiller à la Cour dont le nom m'échappe, est venu nous avertir des folles excentricités auxquelles se livrait M. Aymes dans son intérieur et nous supplier d'y mettre un terme. Ses renseignements étaient corroborés par le propriétaire de la maison, qui craignait à tout instant quelque malheur... »

Le médecin du bataillon auquel M. Aymes appartenait, s'exprime ainsi : « Au mois de décembre 1875, M. le capitaine Aymes... était atteint de monomanie jalouse parfaitement caractérisée... J'eus fréquemment à cette époque l'occasion d'entretenir M. Aymes et pus mesurer... de la réelle existence de cette monomanie qui mettait en danger et sa propre vie, et celle de sa femme, et celle de ses voisins... »

Voici enfin quelques extraits d'un rapport adressé, en janvier 1876, au général X..., à Rouen : « La première partie de son séjour au corps (20^e bataillon de chasseurs) si elle ne montra M. Aymes comme un officier intelligent, du moins elle put faire croire qu'il ne manquait ni de zèle ni de vigueur... Les notes reçues sur son caractère sont aussi mauvaises que possible, elles peuvent se ré-

sumer ainsi : hypocrite, ergoteur, absurde. Le commandant ne pouvait même s'expliquer que par un dérangement du cerveau la bizarrerie et l'incohérence de ses propos et de sa conduite... » — Le rapport parle ensuite des scènes faites par M. Aymes à sa jeune femme : « Le 3 décembre 1875, les choses en étaient venues à ce point que Mme Aymes avait été obligée, par deux fois la veille, de se réfugier chez des voisins pour échapper aux injures de son mari... Dans les premiers jours qui suivirent sa sortie de l'hôpital, M. Aymes fut assez calme; mais peu à peu il fallut que chacun des capitaines du bataillon entendit le récit de ses infortunes conjugales, récit d'une bizarrerie et d'une crudité de détails déplorable, et qui ne pouvait laisser aucun doute sur son état mental. »

Pendant que M. Aymes était à l'hôpital, Mme Aymes, de l'avis de ses amis et des chefs de son mari, prit le parti de rentrer dans sa famille. Elle quitta Rouen une première fois, mais dut y revenir après quelques jours, ayant été empêchée de continuer sa route vers Lyon parce que les communications étaient interceptées par les neiges entre Paris et Dijon. Lorsque les voies furent redevenues libres elle repartit pour Forcalquier. — Or, à ce même moment, le général X... avait aussi fait une absence; ce que sachant, M. Aymes interpréta les faits à sa manière. Sa femme était allée à Paris pour se livrer à l'aise au général, et c'était à ce prix-là qu'elle avait obtenu que son mari fût mis à l'hôpital.

Ce général X... joua dès lors un grand rôle dans les machinations dont Aymes crut être la victime; il était l'agent principal, l'homme lige de ses persécuteurs. Il mourut deux ou trois ans après cette affaire; mais c'est qu'alors on n'avait plus besoin de lui et qu'on s'en débarrassa : « Le général X... ayant son rôle accompli ou sa mission terminée, disparut de cette terre. Au sujet de cette mort, » ma conviction est qu'il est mort empoisonné; car l'in-

» ceste beau-frère et amant de cette femme avait menacé
» d'empoisonner son complice, dans le plan qu'il avait
» combiné, alors que celui-ci aurait terminé son rôle. »

Aymes voit croître ainsi peu à peu le nombre de ses prétendus ennemis, en même temps que ses idées délirantes s'accusent davantage.

N'ayant plus sa femme près de lui, il tourna son irritation contre ceux qu'il croyait avoir été ses amants. Il s'adressa surtout au capitaine dont nous avons parlé et à un autre; il les poursuivit partout de ses injures; il les provoqua en duel; il leur fit des menaces. Ceux-ci demandèrent alors à leurs chefs de les protéger. Aymes fut envoyé de nouveau en traitement au Val-de-Grâce, où sa maladie fut qualifiée d'excitation cérébrale, et de là chez lui, en congé de convalescence.

A son retour à Rouen il fut changé de bataillon et passa au 24^e chasseurs. Mais comme il recommençait ses agressions et ses menaces contre ses collègues, on le fit changer de garnison, et il fut envoyé à Alençon dans le 47^e bataillon de chasseurs.

Il y fut d'abord tranquille, ayant devant lui de nouveaux visages. Mais sa tranquillité ne fut pas de longue durée. A son arrivée, il s'était mis à raconter à tout venant ses malheurs conjugaux. Malgré leur invraisemblance, on y avait complai. Puis, comme il y revenait sans cesse, qu'il en faisait l'objet unique de ses conversations, ses collègues s'écartèrent de lui peu à peu. Il vit dans cet isolement l'influence occulte de sa femme et de ses persécuteurs, qui cherchaient maintenant à le faire passer pour fou et à le déshonorer. Singulière contradiction d'un esprit malade, qui croyait être victime d'imputations déshonorantes, alors que c'est lui-même qui, par ses dires mensongers, déversait la honte sur une famille honorable! Il se persuada que sa femme venait fréquemment à Alençon pour se livrer à tous les officiers dont elle faisait ainsi autant d'ennemis

et de calomniateurs de son mari. Il crut la voir, ainsi que ses complices ; à la vérité, ils se déguisaient, mais il sut les reconnaître ; il crut même entendre leur voix.

« Mon beau-frère, dit-il, aidé de quelques Marseillais, ses
 » affiliés et des amants de cette femme, avait formé une
 » société secrète, se travestissant, tantôt sans barbe, tantôt avec la barbe, contrefaisant la voix, prenant des homonymes, se disant tour à tour commerçants, photographes, offrant des marchandises. Cette société avait pour but de verser la calomnie sur moi, de prêcher et de sanctifier la conduite de celle qui aurait dû être soit au bague, soit aux Petites-Maisons..... ils voulaient former une opinion artificielle et intimider la justice... »

« Cette femme faisait des absences de Forcalquier, allait se prostituer sous la protection des proxénètes, ses parents. »

« Profitant de la puissance de locomotion qui nous transporte en moins de vingt-quatre heures de Marseille à toute extrémité de la France, elle quitte de temps à autre Forcalquier, pour venir à Alençon paraître soudainement, commettre un outrage, disparaître aussitôt pour rentrer chez elle... »

« Le 30 juillet 1876, son beau-frère paraît devant moi au sortir du mess à Alençon, se faisant suivre de quelques individus comme témoins, dans le cas où j'aurais agi contre lui avec énergie ; il s'était fait couper la barbe, et après avoir fait quelques grimaces dignes de lui, repartit aussitôt... »

« Un jour, deux individus qui ne m'avaient jamais vu, assis à une table à l'entrée du café de la Renaissance, se dirent en fixant chacun de nous qui entrions au café vers les onze heures du matin : « Tiens, le voilà. » Dès lors, en prenant le café, ils ne cessèrent de glisser furtivement quelques regards sur moi... »

Toutes ces paroles sont bien significatives.

Sous l'influence de ces idées délirantes et voyant des ennemis partout, Aymes ne tarda pas à devenir aussi intolérable à Alençon qu'il l'avait été à Rouen. Pour le calmer on voulut encore essayer d'un changement de corps, et il fut envoyé au 120^{me} de ligne, d'abord au camp de Châlons, puis à Sedan.

Là, il advint ce qui était advenu à Alençon.

Le chef de bataillon écrit : « Dès son arrivée, cet officier a fait part à ses chefs et à ses camarades de ses ennuis matrimoniaux, en entrant dans des détails qui n'indiquaient pas un profond sens moral.....; il n'est pas admissible qu'au bout de deux ou trois jours de mariage, cette jeune femme se soit élancée dans les bras du premier venu, car elle appartient à une famille honorable. »

Le colonel dit de son côté : « Pendant vingt mois, la folie de M. Aymes fut toute platonique; elle se bornait à des narrations insensées, relatives aux persécutions qu'il subissait, et à des déluges de lettres envoyées aux ministres de la guerre et de la justice, à des députés, à des généraux, aux procureurs de la République de diverses villes..... »

Aymes conserva en effet au 120^{me} de ligne les mêmes idées de persécution qu'il avait précédemment. « Il sentit, » comme il le dit, les mêmes moyens employés contre lui. » Il crut voir son beau-frère, les Marseillais, sa femme. Il eut des hallucinations du même genre, et quelques-unes très précises; il croyait entendre que l'on disait sur son passage : « Tiens, voilà le cocu. »

Aussi devint-il plus menaçant que jamais; sa folie commençait à être très dangereuse.

Son colonel écrit encore : « La présence de cette non-valeur eut pu se prolonger, vu la mansuétude dont on l'entourait, si son exaltation ne s'était pas tout à coup accrue. »

Un soir, il frappe brutalement et sans motif un lieutenant qui passait près de lui, et, fait grave et remarquable, il n'a conservé, même à cette époque, aucun souvenir de

cette agression dont il semble n'avoir pas eu conscience.

Regardant son colonel comme l'agent principal de ses persécuteurs à Sedan, il oublie à son égard ses devoirs de subordonné, et l'accable d'injures.

Il s'arme d'un revolver et menace tour à tour ses camarades et son colonel. On est obligé à son insu de lui remplacer les cartouches ordinaires par des cartouches remplies de son.

Ses chefs se demandent alors ce qu'il faut faire de lui dans l'intérêt de la sécurité publique. Les médecins des corps consultés, opinent fortement pour la séquestration dans un asile d'aliénés. Ils écrivent « que Aymes a des impulsions morbides irrésistibles ou inconscientes; qu'il est atteint d'un délire partiel parfaitement caractérisé, folie jalouse...; que, sous l'influence d'hallucinations lui faisant entendre des injures ou des paroles désagréables, il est entraîné à des voies de fait; qu'il faut l'enfermer au plus tôt... »

Il fut envoyé à l'hôpital de Sedan, dont le médecin fut d'avis qu'une mise en non-activité serait suffisante. On prit cette dernière détermination et Aymes fut conduit à Reve (Haute-Garonne), qu'on lui avait assigné comme résidence obligatoire.

Dans cette ville, beaucoup de personnes ont cru et croient encore à l'intégrité mentale de M. Aymes, à la réalité de ses malheurs conjugaux, et le regardent comme une victime de la haine et de la malveillance. Quelques-unes l'ont mieux jugé. Son attitude et ses actions sont du reste bien significatives.

Voici ce que nous apprend un rapport officiel : « A son arrivée à Revel, M. Aymes a commencé à prendre pension dans un hôtel qu'il a quitté environ deux mois après, à propos de plaisanteries dont il croyait être l'objet de la part des autres pensionnaires. Il est allé alors dans un autre hôtel, d'où il a été renvoyé à cause de son mauvais caract-

tière. Il ne supportait aucune observation et voyait en tout de la malveillance à son égard. Dès lors, il a mangé chez lui, faisant lui-même sa cuisine, »

« Au début, on le considérait comme une victime de ses chefs, de sa femme, et de la famille de celle-ci; maintenant on reconnaît... qu'il n'a pas toute sa raison, et il est complètement abandonné. »

Dans un autre rapport on dit encore :

« Tout ce qu'on reproche à M. Aymes, c'est, dès qu'il entre en conversation avec quelqu'un, de récriminer contre ses anciens chefs, au sujet de prétendues injustices dont il dit être victime... Dans le principe, on le croyait moins aliéné que victime. Aujourd'hui on est fixé sur son état; on reconnaît que ses facultés mentales sont un peu dérangées; on évite sa compagnie... »

Non content de raconter encore son histoire à tout le monde, Aymes continue à écrire de nombreuses lettres, réquisitoires interminables où il revient constamment, invariablement, presque dans les mêmes termes, sur les mêmes sujets, sur les mêmes griefs imaginaires. Il s'en prend toujours aux mêmes personnes et finit par dire que tout le monde est ligué contre lui. Les ministres, ses chefs, les magistrats, les jésuites même forment une vaste association, dirigée par la famille de sa femme, et dont il subit les machinations et le mauvais vouloir. Cette association a des agents dans Revel même. M. Aymes écrit dans une de ses lettres : « A Revel où je suis retiré, on a encore essayé de » répandre les calomnies sur moi, par un homme, musicien » de la localité, se faisant l'écho d'une version imaginai- » re... »

Les lettres écrites depuis un an révèlent une modification intéressante survenue dans l'ensemble des idées délirantes de M. Aymes, modification qui se préparait déjà précédemment. Dans le principe, il se plaignait avant tout de la famille de sa femme. C'est elle qui dirigeait tout, c'est sa

femme qui, en se prostituant, a obtenu qu'il fût changé de corps, qu'il fût mis en non-activité, qu'il fût la victime de mille injustices et de toutes sortes d'avanies. Mais voici que, désormais, sa femme et les parents de sa femme passent un peu au second plan. Désormais, il voit surtout devant lui ses chefs militaires, et dans toutes les mesures prises à son égard, mesures dictées toutes par une extrême bienveillance, il ne voit que vengeance dissimulée, déni de justice. Il croit qu'on a voulu le punir, le traiter comme s'il avait démérité, et ses lettres n'ont plus qu'un objet, demander justice, réclamer une enquête. Il voulait, disait-il, que la lumière fût faite sur son compte et que ses calomniateurs fussent confondus. Une enquête fut ouverte, non pas précisément telle qu'il la demandait, ce qui eût été absurde, mais faite dans le but de savoir s'il devait dès lors être mis à la réforme. Il fut invité à se présenter devant le conseil d'enquête pour faire valoir ses revendications. Mais, en véritable aliéné, il ne se présente pas : « Je refuse, » dit-il, de me présenter devant le conseil d'enquête, parce » qu'il n'a pas ma confiance... Si on me propose de passer » devant un conseil d'enquête, c'est que tous les bureaux » de l'état-major sont vendus, corrompus..., achetés pour » faire établir des relations de coq-à-l'âne... »

A partir de ce moment, ses récriminations prirent un caractère de gravité exceptionnelle. Dans toutes ses lettres il y a des menaces soit contre ses chefs, soit contre les médecins militaires, dont il se défie particulièrement. On lui refuse la justice qu'il demande ; il annonce qu'il se fera justice lui-même. Il devient de plus en plus dangereux. L'autorité militaire s'émeut. Les médecins militaires les plus autorisés, consultés à diverses reprises, donnent un avis très explicite. Il faut séquestrer M. Aymes au plus tôt. Notre distingué confrère, M. le Dr Alix, médecin principal, insiste plus que tous les autres avec une grande compétence : « Il est évident, dit-il, que l'affection mentale dont

est atteint depuis longtemps cet officier, subit une marche progressive très accentuée. Il n'est plus responsable de ses actions ; il devient dangereux ; il faut qu'il soit enfermé dans un asile d'aliénés. »

Pressée d'agir, l'autorité militaire mit Aymes en prison. Elle en avait le droit puisqu'il insultait ses chefs. On le croyait dès lors incapable de nuire. Les mesures prises de concert avec l'autorité administrative, permirent enfin de séquestrer d'office le malade ; il fut conduit à Braqueville. On sait ce qu'il advint.

Aymes ne ressentit pas du meurtre qu'il avait commis, l'impression qu'il aurait dû en ressentir s'il avait été réellement sain d'esprit. Il croit avoir été en état de légitime défense et il s'étonne des reproches qui lui ont été adressés à ce sujet. Son sens moral est tellement émoussé qu'il réclame plus énergiquement que jamais sa mise en liberté, oubliant qu'il doit compte à la société de la mort du directeur de l'asile.

Deux faits sont à signaler particulièrement, au point de vue de la nature et de la persistance de ses idées délirantes. Il réclame contre les mesures de précaution prises à son égard après l'attentat. On l'avait mis dans un quartier d'isolement ; il se plaint vivement de la solitude qui lui est imposée, et qui n'a pas d'autre but que de fatiguer et d'affaiblir son intelligence, afin de faire croire qu'il a perdu ses facultés mentales.

En second lieu, à trois reprises différentes, il a porté plainte contre nous à M. le procureur de la République. Bien qu'il eût reçu avis de notre visite, qu'il sût à quel titre nous venions auprès de lui, il ne voulut voir en nous que des ennemis, des agents de ses persécuteurs. « Je porte » plainte, dit-il, contre les trois médecins qui se sont présentés, dans le but de nuire à ma personne. »

Nous l'avons visité plusieurs fois. Nous croyons inutile d'entrer dans le détail de nos conversations avec lui ; nous

ne pourrions que répéter tout ce que nous venons de dire. Elles ont roulé sur tous les faits que nous avons racontés et nous avons constaté par nous-mêmes la nature morbide de ses idées. Nous ne retiendrons de tout ce qu'il nous a dit qu'une seule parole, parce qu'elle est caractéristique. Nous lui demandions pourquoi il avait tué M. Marchant. Sa réponse fut prompte, immédiate : « Parce qu'il se jouait » de moi ! »

Pauvre malade ! tout le monde se jouait de lui ; il voulait s'en venger ; notre infortuné confrère a été sa victime.

Dans nos interrogatoires nous avons été frappés de l'incohérence qui se manifestait dans les propos de M. Aymes. Nous avons d'ailleurs remarqué la même incohérence dans la plupart des lettres qu'il a écrites pendant les derniers mois. Il passe d'une idée à l'autre avec une extrême confusion. Cette incohérence est-elle due à une plus grande surexcitation intellectuelle, ou bien est-elle l'indice d'un commencement de démence ? Nous inclinons vers cette dernière manière de voir : en tout cas l'incohérence existe, et il était important de la constater.

Les détails dans lesquels nous sommes entrés permettent de reconnaître aisément, chez M. Aymes, l'existence d'une maladie mentale.

Cette maladie, dont il portait sans doute les germes depuis quelque temps, a éclaté subitement en 1875. Elle a eu d'abord les caractères d'une folie jalouse. Dès cette époque, M. Aymes a eu des hallucinations, des illusions, il a entendu, il a vu, il a senti ce qui n'existait pas. L'état d'affaissement qu'il a éprouvé au moment de son mariage, état qu'il attribue à l'influence d'un poison, est bien digne de remarque. Ce phénomène est fréquent au début et dans le cours des maladies mentales.

Si on analyse toutes les modifications survenues dans les facultés intellectuelles depuis cette époque, on y trouve de nombreux symptômes de folie : idées fixes et fausses ;

perturbation de la sensibilité morale; perversion des sentiments affectifs.....et, en dernier lieu, affaiblissement de ces mêmes facultés et incohérence des idées.

Quant à la forme du délire, elle est évidemment celle que l'on désigne sous le nom de délire des persécutions. Et même M. Aymes en est arrivé jusqu'à cet état dans lequel l'aliéné, de persécuté qu'il était, devient aussi persécuteur. Nous le voyons poursuivre de ses récriminations, de ses imputations mensongères, les personnes auxquelles il attribue la cause de ses souffrances; il se pose en victime; il écrit des lettres d'accusation; il invective l'autorité; il s'adresse à tous les pouvoirs constitués, qu'il rend responsables de ce qui lui arrive. Enfin, dominé par le besoin de la vengeance, il en arrive à tuer.

Devant tous ces faits, devant tous ces témoignages, le doute n'est pas possible: Aymes a été et est bien réellement aliéné. Sa folie est plus vivace que jamais, comme on peut s'en convaincre et par son attitude, et par ses paroles, et par ses lettres, dont les plus récentes datent seulement de quelques jours. Il n'a rien changé de ses anciennes idées; il n'a fait que les fixer plus profondément dans son esprit. Toute sa conduite est dirigée par elles. Depuis plus de six ans, cette folie n'a fait que s'aggraver, et elle est arrivée aujourd'hui à un état de systématisation voisin de l'incurabilité.

Nous concluons donc :

- 1° Aymes est bien réellement atteint d'une maladie mentale, qui consiste en un délire des persécutions, avec hallucinations et tendance à la démence;
- 2° Il n'est pas responsable du meurtre qu'il a commis;
- 3° Il continue d'être extrêmement dangereux;
- 4° Il doit être maintenu dans un asile d'aliénés.

A Toulouse, le 8 août 1884.

Signé : NOGÈS,

GUILHEM,

V. PARANT, rapporteur.

Une ordonnance de non-lieu a été rendue.

Comme la présence de M. Aymes à Braqueville, au milieu d'aliénés témoins de son attentat, exerçait sur eux une mauvaise influence, il a été, d'après les mesures concertées entre les autorités compétentes, transféré d'office à la maison de Charenton.

Dr V. PARANT.

QUELQUES MATÉRIAUX
APPORTÉS A LA
MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Par M. le Dr BAUME
Directeur médecin de l'asile de Quimper.

Je me propose de résumer, dans ce mémoire, quelques-uns des cas difficiles qu'il m'a été donné d'observer: j'indiquerai les solutions judiciaires, la sanction que le temps et l'expérience auront donnée aux opinions émises, et je tirerai de ces observations les conséquences pratiques qu'elles comportent.

On sait que la tâche la plus délicate du médecin voué à l'étude des maladies mentales, consiste à bien discerner la véritable situation d'esprit des malheureux dont le sort peut dépendre de cet examen. Responsabilité redoutable, soit qu'il s'agisse de soustraire un aliéné homicide à une peine infamante, à l'échafaud peut-être, ou de démasquer un habile simulateur, soit qu'il s'agisse de priver un citoyen de sa liberté pour cause de folie ou de faire courir un danger à la société en lui rendant trop tôt un aliéné dont les apparences lucides peuvent cacher des propensions nuisibles.

Et cette tâche se complique de cette double circonstance que tout homme fou se croit sage et peut raisonner comme un sage, et que tout homme sage se croit apte à reconnaître son fou à son raisonnement, à son regard, etc.

On ne tient pas compte des influences réciproques du physique sur le moral; on ne réfléchit pas que les manifestations

de la folie peuvent varier à l'infini, et que, comme toutes les classifications, le classement des maladies mentales a ses limites indécises ; qu'il y a, entre la raison et la folie, des états intermédiaires, motivant une solution intermédiaire qui n'existe pas encore dans la loi.

Maître, disait un jour à Esquirol un de ses disciples, *indiquez-moi un critérium sûr pour distinguer la limite qui sépare la raison de la folie.*

Le lendemain, le maître réunissait à la même table son disciple et deux personnages : l'un, correct jusqu'à la perfection dans sa tenue et son langage, — l'autre, exubérant, plein de lui-même et de son avenir. En prenant congé, le disciple rappela au maître le critérium qu'il lui avait demandé la veille. — *Prononcez vous-même*, lui dit Esquirol, *vous venez de dîner avec un fou et avec un sage. — Oh! le problème n'est pas difficile: le sage c'est cet homme si distingué, si accompli; quant à l'autre quel étourdi! quel casse-tête il est vraiment à renfermer.*

— *Eh bien! lui dit Esquirol, vous êtes dans l'erreur: celui que vous prenez pour un sage, se croit Dieu; il met dans son attitude la réserve et la dignité qui conviennent à son rôle, c'est un pensionnaire de Charenton. Quant au jeune homme que vous prenez pour un fou, vous pouvez saluer en lui l'une des futures gloires de la littérature française, c'est M. Honoré de Balzac.*

Cette histoire, racontée par le spirituel chroniqueur Sam (Henri Berthoud), me rappelle la suivante dont je garantis l'authenticité. Il y a vingt-trois ans, je faisais visiter dans ses détails l'asile de Quimper au savant Malaguti, doyen de la faculté des sciences de Rennes. Il avait vu les aliénés au travail, assistait à leur défilé au son du tambour, à leur entrée au réfectoire où ils se classaient par tables dans une attitude correcte. S'arrachant en quelque sorte à la surprise que lui procurait ce spectacle, il me dit: *C'est éton-*

nant, il y a autant d'ordre que dans une caserne et cependant ce sont tous des séquestrés pour cause de folie! Il n'y a que la folie que je n'aperçois pas! — Nous ne nous bornons pas, lui répondis-je, à leur apprendre à marcher en rang... Nous en préparons parfois au baccalauréat ès sciences et nous trouvons en France une faculté assez aimable pour les recevoir. — Ah! Et quelle est cette faculté? — Celle qui a pour doyen M. Malaguti à Rennes.

Le savant fixa ses yeux sur moi se demandant peut-être si son cicérone n'était pas un pensionnaire de l'asile... — *On voit bien, monsieur le doyen, que vous n'avez pas la mémoire des physionomies; car ce n'est pas la première fois que j'ai l'honneur de causer avec vous. — En effet, me dit-il, je cherche depuis un instant à quelle occasion je vous ai vu. — Il y a deux ans, le 5 décembre 1855, à l'entrée de la nuit, je vous présentais un officier en petite tenue... C'était un pensionnaire de l'asile, je me gardai bien de vous indiquer sa situation et de vous décliner ma qualité de médecin aliéniste; mon unique but était de donner un peu d'assurance à mon malade, en lui prouvant qu'il pouvait se présenter dans un salon sans être jeté par la porte ou par la fenêtre, comme son délire le lui faisait craindre... Vous l'accueillîtes avec bonté! — Mais je me le rappelle fort bien. Cet officier passa un brillant examen et fut reçu avec des boules blanches. Mais il n'était certainement pas aliéné? — Mon Dieu, pas plus alors mais autant qu'aujourd'hui encore; nous avons tantôt passé à côté de lui. — Mais il était du moins dans un intervalle lucide prolongé? — Si peu prolongé, monsieur le doyen, qu'il me donna pendant le voyage de sérieuses inquiétudes par ses hallucinations! Il divaguait d'une façon pitoyable quand il me quitta au haut des gradins pour subir son examen oral. J'étais sur le gril et ne fus rassuré que lorsque j'entendis ses brillantes réponses dites avec un entrain, une assurance dont je le croyais incapable. Quand il remonta, je le félicitai vivement. — Eh bien! itaque l'homme*

— *Si je suis heureux ! Je le crois bien. Cela prouvera à ces monstres si je suis fou ! Je veux parler des diables à deux pattes qui depuis longtemps empoisonnent ma vie ; n'ont-ils pas essayé tout à l'heure encore, pendant l'examen, de me chuchoter des absurdités à l'oreille ? Mais je me suis gardé !*

Ainsi avant, pendant et après l'examen, le malade était sous l'influence d'un délire et d'hallucinations qu'il a cependant pu maîtriser sans rien laisser paraître aux examinateurs ! Voici l'historique abrégé de ce malheureux officier que j'avais résolu d'arracher à sa terrible monomanie du suicide ; X... arrivait à l'asile le 4^{or} juillet 1855, après avoir commis, sous l'influence de ses hallucinations, les tentatives les plus graves. Pendant une campagne, il s'était incisé, avec un rasoir, les parties molles de l'avant-bras gauche et avait failli succomber à l'hémorrhagie provoquée. Plus tard, il s'était précipité, pendant la nuit, d'un wagon de train express, était tombé sur la tête ; — furieux de se retrouver vivant, il avait essayé de s'étrangler avec sa cravate, avait avalé le phosphore de sa boîte d'allumettes, le verre pilé de sa montre... Enfin, il s'était envoyé une balle au front, sans compter quantité de coups de canif ou de ciseau dont sa peau portait les cicatrices. — Tels étaient ses antécédents.

Il me fallut près de trois mois pour être parfaitement au courant de la situation mentale de X... Nature aimante et sympathique, intelligence d'élite, il était extrêmement reconnaissant des soins qu'on avait de lui. Rien n'aurait trahi, dans sa conversation, les péripéties de son âme, si on n'avait eu sa confiance. Mais quel débordement de sensations douloureuses, de susceptibilités maléfiques ! Un mot insignifiant, un regard, la circonstance la plus fortuite, il interprétait tout comme preuves de complots contre son honneur et contre sa vie. Ses hallucinations de l'ouïe, ses voix mystérieuses le traitaient de lâche, le menaçaient du plus infâme des supplices, s'il ne réussissait pas à *s'en aller*

par le suicide ! Il s'attribuait tous les propos qu'il entendait. Ce que les journaux imprimaient était à son adresse... Au verso d'un ordre de service, daté du 43 juin 1855 (époque de la guerre de Crimée), on voit écrit de sa main : *« Je n'ai pas voulu quitter mon poste ; en rentrant je me reposerai. Décidément, je crois de nouveau que c'est moi qui suis Sébastopol, je suis rendu, fatigué... »*

Et cependant, soustrait aux impressions tristes qui le dominaient, cet officier passait des heures entières à faire du calcul intégral et différentiel, à résoudre des problèmes d'algèbre, à faire de la musique, à tenir au besoin une conversation spirituelle. C'était un incroyable mélange des plus heureuses aptitudes et du plus pauvre bon sens.

Vers le 20 novembre 1855, X... qui avait passé l'été dans un état d'amélioration et de bien-être dont il se félicitait, me confia qu'il retombait dans son fatal courant d'idées de suicide. Il reconnaissait, à certains signes, qu'il se tramait quelque chose contre lui. Sans entendre encore ses terribles voix, il avait des bourdonnements d'oreilles qui en étaient le signe précurseur. Reconnaisant des bontés que j'avais pour lui, et plein de confiance en moi, il me demanda, comme service, de le faire sortir et de lui remettre un poison énergique et sûr... de la strychnine, par exemple, pour ne pas se manquer. — *J'irai aussi loin que vous voudrez*, me disait-il, *pour faire le coup, afin de ne pas vous compromettre. Il faut que je donne ma démission ; car si je rentre dans l'armée, je suis perdu.*

Je lui représentai qu'il était sans fortune et estropié du bras gauche. — Si encore vous étiez bachelier, vous pourriez, avec vos merveilleuses aptitudes pour les sciences, gagner votre vie dans l'enseignement ? — Et c'est en plaisantant que je l'engageai à travailler son baccalauréat pour faire diversion à son délire. Il prit la chose au mot, je l'aidai de quelques conseils, principalement pour la physique et la chimie. Chaque fois que je lui procurais des réactifs (inof-

fensifs bien entendu), il ne manquait pas de les avaler, avec la conviction que je lui faisais la planche pour se suicider... C'est ainsi qu'après seize ans d'interruption de ses études, arrêtées à la seconde, X... se prépara en quinze jours au baccalauréat ès sciences et sortit triomphant des épreuves, malgré son délire, qui le portait à considérer cette préparation comme un trompe-l'œil pour masquer ses préparatifs de suicide ! ! !

En quittant Quimper, il me donnait sa parole de ne rien faire pendant le voyage qui pût me compromettre. Et cette parole il la tenait, mais il la reprenait aussitôt rentré à l'asile et heureux de rentrer pour se tricoter, ajoutait-il, à son aise ! C'est inouï tout ce qu'il a tenté pour se suicider, avec une astuce et une préméditation déroutant les surveillants les plus fidèles. Je me borne à citer la tentative suivante : un matin il me demanda un purgatif : la langue était sale, le pouls fébrile. Je lui prescrivis 75 centigrammes de calomel. Dans la soirée, il présentait tous les signes d'un grave empoisonnement. Il m'avoua qu'il avait, pendant quelque temps, fait tremper des sous dans le vinaigre de sa salade et s'était ainsi procuré, sans que le surveillant s'en aperçût, une assez forte dose de vert-de-gris qu'il prit toute à la fois, le jour qu'il avait pris le calomel, pour dissimuler sa tentative. Heureusement, la dose de vert-de-gris, vingt fois trop forte, détermina de copieux vomissements qui éliminèrent le poison !

Le lendemain, je le trouvais dans son lit, drapé jusqu'au menton et dans l'attitude la plus calme, les traits toutefois un peu pâles.

Défiant, malgré son affirmation qu'il était très bien, je soulevai le drap retenu par sa main gauche ; de la main droite armée d'un mauvais couteau, il était occupé à s'ouvrir le ventre...

Il s'excusa en pleurant : « Si vous saviez combien je suis malheureux ! Quand vous me remontrerez par la logique de

voire raisonnement, je sens, en effet, que je ne suis qu'un pauvre fou de croire ces voix. Mais quand vous n'êtes plus là, que ces voix mystérieuses semblant partir du plancher, de la muraille ou du plafond, me traitent de lâche, me menacent d'un supplice infâme si je ne me détruis pas, alors rien ne m'arrête, j'oublie vos bons conseils, et je succombe !

J'ai prolongé pendant plus de trois ans la vie de ce malheureux, bien qu'il ne passât pas de semaine sans faire quelque tentative grave. Et chaque fois, en fouillant dans son carton, je trouvais quelque note ou quelque lettre d'adieu, conçue en termes touchants ! Sur l'un de ces écrits j'ai relevé la note suivante : *Je ne sais pas ce que je peux être en état de faire ; je devrais sans doute croire ce que l'on me dit, que je prends des hallucinations pour la réalité... mais on ne peut juger qu'avec sa propre cervelle !*

Hélas ! ce mot de la fin démontre l'impuissance du raisonnement pour combattre le phénomène hallucinatoire qui est le mobile le plus fréquent des actes graves accomplis par les aliénés. Et cependant, c'est bien avec sa propre cervelle que X... passa son examen et malgré son délire.

En prenant congé de moi, M. Malaguti m'avoua qu'il ne connaissait rien de plus fort que cet exemple. Je l'ai introduit comme préambule de ce mémoire, pour bien établir que la folie la plus confirmée peut être masquée par les apparences les plus lucides, et que la préméditation n'exclut pas, au point de vue médico-légal, l'irresponsabilité. Cet exemple, cité à propos devant une cour d'assises, m'a aidé à obtenir l'acquittement d'un accusé sur lequel pesait la peine capitale (affaire Alain, 4^e observation).

PREMIÈRE OBSERVATION

François R..., accusé de meurtre sur sa femme. — Acquittement en cour d'assises. — Son internement et son attitude à l'asile pendant onze ans. — Sa mort. — Son autopsie.

En juillet 1852, comparait, devant la cour d'assises du Finistère, François R..., cordonnier, âgé de 25 ans, qui

avait tué sa femme d'un coup de feu. L'instruction, les débats, l'expertise ne purent assigner à ce crime aucun mobile de jalousie, de haine ou d'intérêt. Le ménage R... passait pour très uni, — les antécédents de l'accusé étaient excellents. Bien qu'il ne donnât aucun signe de folie et n'en simulât aucun, les experts conclurent qu'il avait dû tuer sa femme sous l'influence d'un trouble mental. Le chef du parquet combattit cette opinion, qui cependant prévalut et entraîna l'acquittement par six voix contre six. Je tiens ce détail du défenseur, qui m'avoua n'être pas arrivé lui-même à une conviction bien établie.

L'observation ultérieure était d'une extrême importance, pour fixer de quel côté se trouvait la vérité dans cette mystérieuse affaire. R... a vécu onze ans à l'asile de Quimper. Calme, doux et poli, caractère concentré mais très serviable, excellent travailleur, s'utilisant au plain-chant et à la musique de l'asile, il inspira assez de confiance pour être chargé de l'atelier de cordonnerie, et cette confiance il ne la trompa jamais. Deux années s'écoulaient sans aucune manifestation délirante. Mais, à la fin de juillet 1854, R... est plus sombre et plus bizarre. Alité à l'infirmerie, il monte un jour au grenier (le 6 août) et se précipite par la lucarne. Il en fut quitte pour une luxation d'épaule. Cette chute lui fit du bien et le rendit expansif. Il avoua que, depuis quinze jours, il ne dormait plus, qu'une voix impérieuse, celle du démon, lui commandait de se tuer; il avait fini par obéir aux injonctions de cette voix qu'il avait bien reconnue, car c'était la même qui lui avait commandé de tuer sa femme!

A partir de 1854, R... passa onze mois de l'année parfaitement calme, convenable et bon travailleur. Il se faisait particulièrement remarquer par sa voix mélodieuse, qu'on venait entendre avec plaisir à la chapelle. — Mais, chaque année, vers la fin de l'été, il subissait de bien singulières périodes. Tout à coup, il perdait le sommeil et l'appétit,

devenait inquiet, cessait de travailler, rendait ses clefs et réclamait sa sortie dont il ne parlait jamais dans ses bons intervalles. On l'alitait à l'infirmerie, en le recommandant à une surveillance minutieuse. La peau était chaude, la langue saburrale. C'était une sorte de fièvre continue avec accès rémittents. Les bains, les purgatifs et le sulfate de quinine triomphaient, au bout de deux ou trois semaines, de cette affection intercurrente bizarre et le convalescent, de morose à l'excès, redevenait calme, souriant et laborieux pendant onze mois. On devine sans peine que s'il avait été en liberté, pendant ces crises annuelles, il aurait pu commettre quelque nouveau malheur.

La crise du mois d'août 1863, caractérisée par les mêmes symptômes que les années précédentes et traitée de la même manière, se compliqua de délire aigu et, malgré l'administration du sulfate de quinine, R... succomba pendant la période algide d'un accès de fièvre pernicieuse.

L'autopsie fit constater des traces de méningite. La pie-mère était adhérente à la couche corticale du cerveau.

DEUXIÈME OBSERVATION

Henri P..., meurtre de sa femme et de ses trois enfants. — Ordonnance de non-lieu. — Attitude pendant un séjour de trente ans à l'asile.

C'est peut-être l'histoire la plus lugubre des annales judiciaires! Henri P..., 45 ans, menuisier, était connu dans son pays par ses antécédents irréprochables, son caractère doux et serviable. Il aimait sa femme et ses enfants jusqu'à l'exagération. La seule pensée qu'il leur arriverait du mal, qu'ils pourraient mal tourner, le bouleversait. Sombre et soucieux depuis quinze jours, il se croyait perdu. — Que deviendront-ils si je leur manque? il vaut mieux les envoyer au bon Dieu!.. Et, saisissant une hache, il exterminait, dans la nuit du 4 août 1851, sa femme et ses trois enfants. Restait une fille de six ans qui, affo-

lée de terreur, s'était blottie sous le lit. P... hésita, puis il se dit : Elle a pour parrain le maire qui est un brave homme, il aura soin d'elle, laissons-la vivre.... — Et sur ce, il bourra tranquillement sa pipé au milieu d'une mare de sang. — Le lendemain, les premiers passants virent P... assis sur le seuil de sa porte; fumant encore, paraissant sortir d'un terrible cauchemar, il leur dit : *Vous pouvez entrer, ils sont là. — J'ai commencé à dix heures, à dix heures et quart tout était fini !*

Il y avait dans ce drame une telle absence de mobile, et dans l'atrocité du crime un tel contraste avec les bons antécédents de l'auteur, qu'après expertise, le juge rendit une ordonnance de non-lieu. P... fut admis à l'asile de Quimper où il a vécu trente ans, se faisant remarquer par un caractère doux et triste, obligeant et laborieux, ne demandant jamais sa sortie, parlant quelquefois seul, extrêmement peiné lorsque quelque aliéné lui rappelait l'anéantissement de sa famille !

P... s'est rendu tellement utile à l'asile comme chef d'atelier de menuiserie, que nous avons pu lui allouer chaque année un fort pécule. Il l'a consacré tout entier à l'unique fille échappée au carnage du 14 août; il n'était jamais plus heureux que lorsqu'il pouvait lui donner le produit de son pécule et lui faire visiter les nombreux travaux auxquels il a concouru.

Quel est donc le terrible mobile qui a pu rendre si féroce un père si doux et si bon ? Nous avons trouvé dans l'interrogatoire du juge les explications suivantes de P... :

— Il y a longtemps déjà, et cela bien avant l'événement, que j'éprouvais parfois des absences, et souvent il m'arrive d'être quatre ou cinq jours dans le même état. J'ajoute qu'il y a huit à dix mois que j'ai perdu le sommeil, souvent j'éprouve de violents maux de tête comme si je venais de recevoir plusieurs coups de marteau. — Dans ces moments-là, je ne sais plus ce que je fais, je ne connais personne !

Un éminent magistrat visitant l'asile de Quimper, disait au directeur, à propos de P., « *Un homme sur lequel pèse un passé aussi affligeant ne devrait jamais rentrer dans la société quelles que puissent être les apparences de guérison!* »

TROISIÈME OBSERVATION.

Le Roux; tendance au suicide. — Meurtre de son meilleur ami. — Ordonnance de non-lieu. — Reprise de l'instruction. — Délire des persécutions. — Mort par suite de paralysie générale.

Cette observation a été rapportée dans les *Annales* de 1860 et 1864, par mon excellent ami Lannurien et par moi. Ainsi que dans les deux cas précédents, il s'agit encore d'un cas de folie qui se révèle spontanément, comme un coup de foudre, par le meurtre d'une personne chère.

Au début d'une lypémanie avec délire des persécutions, Le Roux, journalier, âgé de 46 ans, avait perdu le sommeil et l'appétit. Tout ce qu'il entendait lui paraissait louche. Le curé lui-même *semblait* prêcher contre lui, l'accuser de dire du mal des prêtres et du gouvernement. La situation lui paraissait intolérable et il avait chargé son fusil pour se détruire publiquement, au sortir des vêpres, pour protester, devant Dieu et devant les hommes, qu'il était innocent de tout ce dont *on semblait* le charger. Il était dans cette disposition d'esprit chez lui, attendant l'heure fatale, lorsque quelques amis, entre autres Diraison, vinrent le voir, causer de choses insignifiantes et lui proposer une partie de boules. A peine le jeu était-il commencé, Le Roux rentra, prit son fusil et tira sur son meilleur ami, qui, s'affaissant, s'écria : « *Pourquoi as-tu tiré sur moi, nous avons toujours été amis, il n'y a jamais eu la moindre chose entre nous.* » Le Roux répond : « *C'est toi qui portes la discorde,* » Puis, rentrant chez lui, il recharge son fusil pour se détruire, l'abandonne et va se constituer prisonnier ! Le malheureux avait cru que, comme les autres, son ami Diraison, sans rien dire de bien clair, le chargeait, l'accusait de cho-

ses fausses et il trouvait fort qu'on vint ainsi jusque dans son domicile, devant sa femme et son enfant, porter atteinte à sa réputation en ayant l'air de ne parler que de la pluie et du beau temps!

Le D^r Lannurien établit que Le Roux n'avait pas agi sous l'empire d'une hallucination ni d'une impulsion irrésistible, comme cela arrive la plupart du temps aux aliénés criminels, mais plutôt sous l'empire d'une conception délirante lui faisant entrevoir des complots dans les indices les plus insignifiants.

Après l'internement de Le Roux, il se produisit un singulier incident. Quelque favorables que fussent ses antécédents et si inexplicable que fût son crime, l'opinion publique s'émut dans sa commune, l'intérêt se concentra exclusivement sur la victime; le maire écrivit à M. le procureur général pour protester contre l'ordonnance de non-lieu, disant que personne n'avait jamais remarqué chez Le Roux de symptômes de folie et que le gardien de la prison aurait même dit en parlant de l'inculpé : *« Cet homme n'est pas plus fou que moi. »*

Avant de reprendre l'instruction, le parquet de Morlaix demanda que je fusse consulté. Je n'eus pas de peine à corroborer, dans un rapport supplémentaire, les premières conclusions et à démontrer que Le Roux n'était autre qu'un délirant persécuté comme il y en a tant dans les asiles. J'ajoutai entre autres cette conclusion, que les aliénés homicides ne devraient jamais être remis en liberté.

Le Roux a séjourné à l'asile du 24 mai 1858 au 24 février 1873. Pendant ces quinze ans, il a eu une attitude calme; il était ordinairement triste, concentré, regrettant le malheur qu'il avait commis, mais persuadé qu'il avait eu des raisons sérieuses pour le commettre; il se privait de tabac et de vin pour faire pénitence, était toujours prêt au travail et se montrait très adroit. C'est lui qui a foré en grande partie le puits qui procure de l'eau potable à l'asile

En octobre 1859, son fils, âgé de 15 ans, étant venu lui demander la permission d'entrer aux pupilles de la marine, Le Roux me supplia de le garder à l'asile comme auxiliaire pour lui faire son apprentissage de tailleur. « *Je ne lui donnerai que de bons conseils et de bons exemples, et vous ferez deux heureux.* » Je consentis et n'eus pas à le regretter. En 1872, Le Roux éprouva des étourdissements, des congestions cérébrales. Le ramollissement fit des progrès. Il s'est éteint par suite des progrès de la démence paralytique, démontrant ainsi, par sa fin, que le meurtre de Diraizon avait réellement été la première manifestation de sa maladie mentale.

L'adhérence des méninges, le ramollissement du cerveau et de petits noyaux apoplectiformes furent constatés à l'autopsie.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Alain ; meurtre d'un tailleur.—Tendance au suicide.—Menaces furieuses.
—Aquittement en cour d'assises et internement à l'asile.

A 28 ans, marin de l'État, en congé de convalescence à Plomelin, à la suite d'une pneumonie typhoïde; il avait pris part, comme matelot, aux expéditions de Crimée, d'Italie, de Chine, sans compter une campagne de deux ans aux Antilles. Les renseignements, fournis par ses chefs, le représentent comme ayant mené une vie irréprochable, laborieux, vif, mais bon cœur, caractère très résolu, sain d'esprit, s'acquittant de ses fonctions de matelot boulanger à bord avec intelligence et avec une fidélité remarquable.

La pneumonie typhoïde, qui vint interrompre sa carrière, le plongea dans un état d'anémie : l'inaction pendant son congé de convalescence lui fut fatale; il abusa de l'absinthe et de l'eau-de-vie, éprouva des crises terribles pendant lesquelles il ne parlait que de se suicider ou de faire un mauvais coup et personne, dans son entourage, n'eut l'idée de le faire entrer à l'hôpital.

Le 25 septembre 1862, Alain partait, armé d'un pistolet, sans trop savoir où il se dirigerait. Il pénétrait le soir chez le tailleur Noach, qui ne lui avait jamais rien fait, tenait avec lui la conversation la plus amicale, puis le tuait raide d'un coup de pistolet appliqué sur la région du cœur, rentrait à Quimper, racontait à ses hôtes qu'il avait tué un tailleur, dînait avec appétit, dormait parfaitement. Le lendemain, au point du jour, Alain prenait congé de ses hôtes après avoir distribué aux enfants son argent et ses effets de matelot en disant que, désormais, il n'avait plus besoin de rien et qu'il allait se livrer à la justice. Ses hôtes, qui n'avaient pu croire à l'assassinat raconté la veille, lui dirent : « *Malheureux ! si vous avez commis un assassinat vous feriez mieux de vous brûler la cervelle.* » — « *Ce n'est pas mon avis,* repartit Alain, *quand le vin est tiré il faut le boire. J'ai tué, je mérite d'être tué, mon exemple sera utile aux autres.* »

Et il prit la direction de la caserne de gendarmerie, où ses hôtes stupéfaits le virent entrer !

Pendant l'instruction, Alain prit à tâche d'accumuler sur sa tête les charges les plus aggravantes de préméditation et de guet-apens, en attribuant à son crime un mobile de vengeance, si futile et si dénué de fondement, qu'on ne pouvait sérieusement s'y arrêter. En prison, loin de regretter son crime et d'en redouter l'expiation suprême, Alain appelait la peine capitale comme le plus ardent de ses vœux, proférait les plus sauvages menaces contre tout le monde et parlait de l'échafaud avec une effrayante sérénité. On dut le mettre aux fers pour prévenir un malheur.

Alain avait paru conserver si bien la lucidité de ses actes et de ses réponses, que la cour de Rennes le renvoyait devant les assises du Finistère, où il devait comparaître le 16 janvier 1863. Cependant son attitude et ses propos étaient devenus si menaçants, que le 3 janvier une ordon-

nance du président des assises me commit pour examiner si Alain simulait la folie ou s'il était réellement atteint de cette maladie.

L'expertise me révéla qu'Alain était sujet, toutes les nuits, à des cauchemars et à des hallucinations qui avaient fait naître chez lui des idées de suicide; que le meurtre de Noach avait été un accident de sa course folle, qui aurait pu et devait tout aussi bien aboutir à son suicide. Après la détente qu'amena le crime, Alain aurait même essayé de se donner la mort avec son pistolet; le coup ayant raté par suite de la pluie, l'accusé aurait caressé, avec une sorte d'exaltation, la perspective d'une exécution publique à laquelle il se proposait d'aller avec crânerie. Telle était la seule explication possible de son attitude furibonde et menaçante.

Bien que ma tâche fût difficile, encadrée qu'elle était dans un court délai, je crus pouvoir cependant formuler en toute conviction les conclusions suivantes :

4^o Alain est actuellement atteint de folie suicide, avec penchants homicides. Sa folie m'est prouvée :

Par un ensemble d'excitations furieuses qu'alimente le désir de la mort, et de passions tristes, l'amour déçu, le sentiment filial perverti, la déception d'une carrière entravée ;

Par des symptômes hallucinatoires et des conceptions délirantes (Alain croyait avoir toutes les nuits la visite d'un personnage mystérieux, gros comme le pouce et pesant sur sa poitrine d'un poids de deux cents kilos) ;

Par un état physiologique anormal que caractérisent les troubles du sommeil, de l'appétit, de la circulation et de la respiration, troubles qui contribuent aux hallucinations éprouvées par l'accusé.

Les tendances au suicide et à l'homicide ne sont que trop attestées par la procédure, par l'attitude et les menaces de l'accusé.

L'affection mentale d'Alain n'est pas en contradiction avec sa lucidité apparente. Les cas de folie partielle deviennent aussi nombreux que ceux de folie caractérisée par un trouble général des facultés. Dans tous les cas, on remarque la persistance d'une sorte de lucidité, mais aussi l'absence d'une saine appréciation des actes imputés. Alain ne simule pas la folie. Il n'a tenu aucun propos incohérent qui pût le faire croire. Il y a de la suite dans ses explications qui aggravent, plutôt qu'elles n'atténuent, sa situation.

2° La folie d'Alain a puisé son origine dans la convalescence d'une maladie grave, au retour d'une laborieuse campagne pendant laquelle il a été exposé à l'insolation. L'affaiblissement des forces, les déceptions, les contrariétés, les excès alcooliques ont joué le rôle de causes occasionnelles.

Les signes précurseurs de cette affection mentale me semblent indiqués par les menaces de suicide articulées avant le crime. L'histoire imaginaire d'un viol et d'un assassinat qu'il aurait commis à Brest et dont on n'a trouvé aucune trace, l'aspect effrayant qu'il présentait dès qu'il avait bu, prouvent qu'il ne jouissait plus de la libre direction de ses actes.

Il faut donc placer l'invasion de la folie à une date antérieure, de quelques jours seulement, au 25 septembre, puisque l'aliéné mangeait peu, ne dormait presque pas, battait la campagne, paraissait drôle, pleurait, grinçait des dents, tirait sur ses cheveux, paraissait ivre ou colère, même sans avoir bu. L'accusé ne jouissait donc pas de la plénitude de sa raison le 25 septembre, jour de l'assassinat de Noach, et le crime qu'il a commis, inexplicable selon l'expression de l'arrêt de la chambre des mises en accusation, s'explique comme un acte incohérent et sans but, produit par la folie !

3° *Alain est un aliéné des plus dangereux. Il doit être*

renfermé dans un établissement d'aliénés pour y être traité de son affection mentale et il devra y rester renfermé toute sa vie, parce que cette affection est sujette à des rechutes ou à des recrudescences pouvant entraîner encore les mêmes conséquences. La société ne peut pas infliger une peine infamante à un malade, mais elle a le droit et le devoir de se préserver contre les atteintes d'un aliéné homicide..... ■■■

Alain comparut le 16 janvier 1863, devant la cour d'assises du Finistère. Son attitude y fut la même qu'en prison, très décidée, hautaine et menaçante: ses réponses précises étaient de véritables bordées de tout ce que le langage du matelot peut trouver de plus corsé et de plus sale. Chaque témoin, à peu d'exceptions près, dut subir ses invectives et ses menaces de mort; sa déposition fut longue. J'eus à répondre à des objections graves de l'honorable magistrat qui dirigeait les débats, entre autres celle-ci :

— *Monsieur le docteur, vous prétendez que le jour du crime, l'accusé Alain n'était pas conscient de ses actes, ne s'en rendait pas compte. Il avait cependant fait entendre des menaces, acheté un pistolet, et s'apercevant que le chien de ce pistolet n'écrasait pas bien la capsule, il l'avait échangé contre un autre peu d'instant avant l'action... Eh bien, ne voyez-vous pas, dans toutes ces circonstances, une écrasante préméditation qui prouve la culpabilité de cet homme?*

— *Monsieur le président, répondis-je, je ne vous étonnerais pas, vous qui étiez alors procureur à Quimper, mais j'étonnerais bien messieurs les jurés, si je leur citais des traits de la préméditation et de l'esprit de suite apportés par certains aliénés dans leurs actes — et notamment par cet officier subissant ses épreuves du baccalauréat sans que la Faculté s'aperçût du dérangement de son esprit.*

Cet argument parut décisif. Avec une grande élévation de pensées, le chef du parquet commenta l'article du Code qui dit qu'il n'y a ni crime ni délit lorsque, au temps de l'action, l'accusé était en état de démence ou de fureur, en

conséquence il se borna à requérir l'acquiescement, en insistant toutefois sur ma troisième conclusion, dont il fit ressortir toute l'importance au point de vue de la sécurité publique.

Alain fut donc acquitté. Il est depuis plus de 18 ans à l'asile. Son excitation et ses hallucinations ont disparu progressivement sous l'influence des bains, des douches et des opiacés. Il se conduit en général très bien, montre pour tous les travaux qu'on lui confie une aptitude et une complaisance remarquables. Il lui est resté de son état maladif une grande vivacité qui l'a rendu plus d'une fois batailleur. *Que voulez-vous*, répond-il à nos reproches, *c'est un coup de prompteté !*

A peu près tous les ans, vers le mois de février, Alain est sujet à des malaises bizarres, qui se traduisent toujours par la perte du sommeil et de l'appétit, par un état fébrile avec accès rémittents. On peut se demander si, en liberté et livrée à elle-même, cette affection ne ramènerait pas chez Alain des crises redoutables et des péripéties semblables à celle du 25 septembre 1862.

Deux circonstances prouvent encore qu'Alain était dans un profond égarement quand il passa en cour d'assises : il n'a pas reconnu le magistrat chargé des poursuites quand il est venu le voir quelque temps après. D'un autre côté, cet homme qui avait fait entendre à l'égard de ses parents les plus graves menaces, a montré dernièrement une touchante sollicitude pour faire entrer son vieux père à l'hôpital, en payant sa pension avec le produit de son pécule !

(La fin au prochain numéro.)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 30 MAI 1884.

Présidence de M. LUYS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le Dr Régis, chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, sollicitant le titre de membre correspondant.

Cette demande est renvoyée à une commission composée de MM. Luys, Ball et Doutrebente, rapporteur.

2° Une lettre de M. le Dr Rist, sollicitant le titre de membre correspondant.

Cette demande est renvoyée à une commission composée de MM. Lunier, Falret et Cotard, rapporteur.

3° Une lettre de M. Van Andel, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Zutphen (Hollande), dans laquelle il fait observer que son nom ne figure pas sur la liste des membres associés étrangers, publiée dans les *Annales*.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Bolletino del manicomio privato* Fleurent.

2° *Cronaca del manicomio di Siena*, n° 2, 1881.

3° *Ulteriori considerazioni frenologiche sul cranio di Alessandro Volta* ; par le Dr Miraglia.

M. MOTET fait part à la Société du décès de M. J. Renault du Motey, directeur honoraire de l'asile départemental de la Marne, membre correspondant.

M. LEGRAND DU SAULLE, fait part à la Société du décès d'un de ses membres associés étrangers, M. le Dr Pujadas, de Barcelone. Il rappelle à ce propos le rôle joué par ce savant confrère dans l'affaire Sagrara.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture du question-

naire suivant, envoyé par la section des maladies mentales du Congrès médical international de Londres, et prie les membres qui voudraient y répondre d'envoyer leurs réponses au D^r Gasquet, secrétaire du Congrès.

Emploi des narcotiques et de l'alcool.

Quels hypnotiques employez-vous chez les aliénés?

Quels sont les cas d'aliénation mentale où vous employez les narcotiques, et quels sont les remèdes que vous choisiriez?

En quels cas donnez-vous l'alcool à vos malades; et quelle est la forme (vins, spiritueux, bières, etc.) que vous employez?

M. LEGRAND DU SAULLE présente, au nom de son auteur, M. le professeur de Krafft-Ebing, de Gratz, la seconde édition du *Traité de médecine légale* des aliénés.

M. LUYs présente la thèse de M. Eugène Gley, intitulée : *Etude expérimentale sur l'état du pouls carotidien pendant le travail intellectuel.*

Rapport de candidature.

M. PAUL MOREAU (DE TOURS). — Messieurs, M. le D^r Charpentier, médecin-adjoint à l'hospice de la Salpêtrière, sollicite le titre de membre titulaire de la Société médico-psychologique et vous avez confié à une commission, composée de MM. LuyS, A. Voisin et moi, le soin de vous présenter un rapport sur sa candidature. Parmi les titres que notre confrère a remis à l'appui de sa demande, nous signalerons surtout à votre attention un travail qui, bien que ne rentrant pas dans les questions spéciales que traite la Société, n'en mérite pas moins une mention particulière.

De l'intervention chirurgicale dans les étranglements internes, tel était le sujet qu'avait choisi, en 1870, M. Charpentier pour sa thèse inaugurale. Il lui avait été inspiré à propos d'une occlusion intestinale qu'il eut l'occasion de voir dans le service de M. Gazalis.

La variété de l'opération, l'état de faiblesse et de prostration dans lequel était tombée la malade, les nombreuses hésitations avant d'opérer, la difficulté de diagnostiquer le siège et la cause de la lésion, l'issue funeste et rapidement

funeste de l'opération, furent autant de raisons qui le déterminèrent à rechercher les cas analogues et à examiner quels en avaient été les résultats.

Laissant volontairement de côté une partie de cette vaste question, M. Charpentier s'est borné dans son travail à l'étude des opérations pratiquées dans les cas d'étranglement interne, les lésions congénitales exceptées.

Je ne suivrai pas l'auteur dans un examen plus approfondi de son mémoire, mémoire dont la lecture révèle un observateur consciencieux, éclairé, en même temps qu'un écrivain au style clair, facile, élégant.

M. Charpentier, cependant, n'est pas étranger à l'étude des maladies mentales. Ancien interne distingué des hôpitaux de Paris, il a puisé à Bicêtre, dans le service du regretté Léger, les premières notions de cette science si attachante, si pleine d'intérêt pour tous ceux qui ont été à même, je ne dirai pas de l'étudier, mais seulement de l'entrevoir. Bien des années se sont écoulées depuis, bien des circonstances ont empêché M. Charpentier de faire de l'aliénation une étude spéciale. En 1870 il fut chirurgien de la quatrième ambulance de la société de secours aux blessés; puis de 1872 à 1884 il a fait un cours d'histoire naturelle et d'hygiène à l'association polytechnique; etc. Lorsqu'en 1879 s'ouvrit le concours pour les places de médecin des aliénés de Bicêtre, notre confrère, revenant à ses études favorites, se mit sur les rangs. On n'a pas oublié les brillantes épreuves qui eurent lieu et ce fut avec honneur que M. Charpentier dut céder la palme à nos confrères, J. Voisin et Bourneville. Un an après, un nouveau concours avait lieu pour deux places de médecin adjoint dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière. Cette fois et malgré la valeur indiscutable des concurrents, M. Charpentier sut dès la première épreuve acquérir un rang qu'il garda jusqu'à la fin du concours. Nommé premier, il fut désigné pour remplir ses fonctions à la Salpêtrière.

Tous ces titres, messieurs, constituent en faveur de notre confrère des gages indiscutables du précieux concours qu'il apportera aux travaux de la Société, et votre commission vous propose d'accorder à M. Charpentier le titre de membre titulaire qu'il sollicite.

Les conclusions du rapport sont adoptées et M. Charpentier est à l'unanimité nommé membre titulaire.

Des dégénérescences.

M. DALLY. — Morel, dans son *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, définit la dégénérescence une « déviation malade du type normal de l'humanité ». Cette définition me semble insuffisante, puisqu'il nous est impossible d'établir ce type normal de l'humanité, dont il y est question. Il faut donc s'adresser à un autre principe pour établir la caractéristique de la dégénérescence.

On sait qu'au point de vue anatomo-pathologique, la dégénération n'est que le processus atrophique considéré dans quelques-unes de ses étapes. Il en est de même pour la dégénérescence des individus et des races humaines, atteints dans leur intégrité organique par l'une des grandes maladies constitutionnelles qui frappent les tissus et les appareils et qui en modifient la modalité fonctionnelle; les malades atteints de syphilis, de rachitisme, de scrofules, de crétinisme, d'impaludisme, ou ceux dont les centres nerveux ont subi les effets des poisons ethniques, peuvent être considérés comme des individus en voie de dégénérescence, comme des *dégénérants*, faisant ou non, selon les circonstances, souche de dégénérés. Le processus intime de cette dégénérescence est une substitution d'atrophies partielles, aboutissant à l'amoindrissement total et finalement à la stérilité. Les dégénérés ne constituent pas des races viables. Je propose donc de donner aux dégénérations humaines la définition suivante : « Altérations organiques et fonctionnelles, transmissibles par l'hérédité et aboutissant à la stérilité. »

On sait que Morel donne aux dégénérescences les causes suivantes : intoxications, famines, milieu social, industrie, professions insalubres, misères, transformations pathologiques héréditaires, mal moral, infirmités congénitales ou acquises, hérédité. Il est facile de voir d'une part que quelques-unes de ces causes, telles que les intoxications et les professions insalubres se confondent et d'autre part que, parmi les intoxications, il en est de fort différentes quant à la forme et au mode; l'empoisonnement par le mercure ou par l'arsenic n'est le lot que d'un fort petit nombre d'individus, tandis que l'alcoolisme chronique frappe des populations entières. La famine et la misère ont

des points communs. Quant aux transformations pathologiques et à l'hérédité, elles se touchent de très près et se confondent même au point de vue qui nous occupe. Cette classification ne nous semble ni méthodique ni fondée sur l'observation; je propose donc la suivante qui me paraît mieux répondre à la nature des choses. Elle se résume dans le tableau suivant :

Tableau des causes de dégénérescence.

A. Pathologiques...	{ Syphilis, scrofuleuse, tuberculose, lèpre. Raehitisme. Cancer.
B. Toxiques.....	{ Poisons techniques. { Alcool. Opium. Tabac, chanvre. Alimentaires, pellagre, ergotisme, misère. Professionnelles, mines, plomb, arsenic.
C. Géographiques et climatériques.	{ Non acclimatement. Froid, chaleur. Altitude, malaria, goitre et crétinisme.
D. Sociologiques..	{ Division du travail, excès cérébraux. Professions. Croisements ethniques. Sélection militaire. Agglomérations urbaines. Stérilité ethnique.

Je n'entrerais pas dans le détail de toutes ces causes de dégénérescence; je tiens seulement à faire observer que quelques-unes d'entre elles agissent d'une façon spéciale sur la population française, je veux parler de la sélection militaire, des agglomérations urbaines, de la stérilité ethnique, enfin de ce qu'on a appelé la limitation volontaire et qui s'observe malheureusement surtout dans les classes riches et dans certaines provinces. Toutes ces causes agissent d'une façon diverse pour diminuer la population et s'observent particulièrement en France. La natalité française, on ne saurait trop le répéter, est inférieure à celle de toutes les nations de l'Europe. Au taux actuel, il nous faudrait 144 ans pour doubler notre population, tandis que la Russie, la Prusse et l'Angleterre doublent la leur en 55 années. En 1700, la population de la France était de 38 p. 100 de la population européenne. En 1789, elle n'en représente plus que 27 0/0, 20 en 1815 et 13 en 1880! L'étude des causes de cette décadence numérique est loin d'être faite; la restric-

tion volontaire doit y jouer un rôle, mais la plus importante, à mon avis, est peut-être la dépopulation des campagnes.

Il me reste à étudier les rapports entre les dégénérescences et l'aliénation mentale. Si l'on étudie d'abord à ce point de vue les différentes classes des causes de dégénérescence, on remarque que chacune d'elles fournit sous forme d'aliénation mentale un coefficient considérable. Mais les aliénés en général ont cela de commun avec les dégénérés, c'est qu'il existe chezeux un défaut de fécondité, qui peut arriver jusqu'à la stérilité complète. Cette conclusion est heureuse, car si le contraire arrivait, l'humanité entière finirait, avec le temps, par devenir forcément toute entière aliénée.

M. BOURDIN. — Notre collègue, M. Dally, vient d'appeler l'attention de la Société sur le caractère particulier de la dégénérescence. A son avis, la stérilité serait presque le signe pathognomonique de la dégradation de l'espèce.

Morel s'était contenté de dire que la dégénérescence consiste en une déviation du type *normal*. M. Dally n'accepte pas cette définition qui, au fond, ne définit rien, puisque le type normal dont il est question n'existe pas.

Sous ce point de vue, je partage absolument l'opinion de M. Dally. Les êtres vivants se distinguent les uns des autres par des traits que relèvent les naturalistes; mais les distinctions faites n'ont jamais acquis la perfection nécessaire pour établir un véritable type *normal*, type net, précis et invariable.

Si un tel type existait, nous aurions la solution de plusieurs problèmes anatomiques, physiologiques et pathologiques; nous aurions notamment une définition claire, indiscutable et vraiment typique de la folie. Or, tout cela nous manque, parce que les types normaux ne se rencontrent ni dans le règne végétal, ni dans le règne animal.

M. Dally a invoqué le témoignage de la statistique pour corroborer ses opinions. J'ai le regret de ne plus être, en cette circonstance, de l'avis de notre honorable confrère.

Tous les dénombrements des populations, faits dans les siècles qui ont précédé le nôtre, sont défectueux parce qu'ils sont le produit, non de numérations individuelles, mais le résultat de calculs approximatifs. Il faut arriver jusqu'en 1817 pour trouver des dénombrements individuels assez rapprochés de la vérité pour inspirer quelque confiance.

Avec toutes les ressources dont disposent les gouvernements modernes, avec le personnel instruit qu'ils ont sous la main, ils arrivent rarement à la vérité exacte. Par exemple, aucun gouvernement n'a pu établir d'une manière vraiment exacte le nombre des enfants âgés de 6 à 13 ans qui fréquentent les écoles primaires. D'une statistique faite en 1877, il résulte que le nombre des enfants, *inscrits* sur les registres matricules des écoles, dépassait d'environ 200,000 le nombre des enfants recensés dans la population française. D'où vient cet excédent? d'une erreur ou d'une fraude? peut-être des deux à la fois.

Mais quittons ces généralités pour nous rapprocher des questions plus particulièrement soulevées par M. Dally. Les dénombrements ont servi à élucider certaines questions physiologiques et, sous ce rapport, ils ont rendu des services. Tantôt il ont confirmé des données ayant cours dans la science, tantôt ils ont contredit ces mêmes données.

On croit généralement que le nombre des enfants est plus grand dans les familles rurales que dans les familles urbaines. Les recensements ont établi le contraire. La natalité est plus forte dans les villes que dans les campagnes. Mais la mortalité étant plus grande dans les villes, les survivants campagnards deviennent les plus nombreux. C'est probablement cette survivance plus grande qui, frappant les yeux, a donné naissance à l'opinion généralement admise de la prédominance de la natalité rurale sur la natalité urbaine.

Une certaine opinion, très fautive en réalité, a contribué aussi à répandre de l'obscurité sur ce sujet. On confond souvent la natalité avec la vitalité. Naître n'est rien, vivre est tout. L'enfant naissant prend rang dans la société civile qui lui attribue des droits et l'accepte comme une charge mais en même temps comme une espérance. L'enfant, devenu homme, prend sa part des charges et tient un rang dans la société humaine.

Sans entrer dans de plus longs détails, je conclus en disant que les statistiques anciennes ne doivent inspirer presque nulle confiance, et j'ajoute que les statistiques modernes doivent être étudiées avec soin et mises en œuvre avec une grande discrétion si l'on ne veut s'exposer à de fâcheuses erreurs.

M. DOUTREBENTE. — M. Dally critique la définition donnée par Morel de la dégénérescence; il en propose une plus simple

fondée sur l'idée de stérilité. Mais il existe des dégénérants qui sont féconds, même très féconds; le dégénéré n'arrive souvent qu'au bout de quelques générations et alors il meurt en bas âge. La stérilité ne peut donc pas être considérée comme la caractéristique de la dégénérescence. Le dégénérant produit, mais ses enfants sont alors des dégénérés. — M. Dally avance aussi que l'alcoolisme est cause de stérilité, que les alcooliques ont peu d'enfants. Je possède un grand nombre de faits qui prouvent le contraire; je n'en citerai qu'un, c'est celui d'un alcoolique qui avait quatorze ou quinze enfants, qui sont eux, il est vrai, morts jeunes ou stériles. La stérilité doit donc être envisagée comme un résultat final de la dégénérescence, mais non comme son caractère essentiel.

M. FALRET. — Morel avait pour ainsi dire prévu ces objections, puisqu'il a dit que les alcooliques avaient une *fécondité bornée*; ils peuvent avoir des enfants nombreux, mais ceux-ci sont stériles. — Il en est de même de tous les dégénérants; ils ne sont pas inféconds mais leur fécondité est bornée; de même, leurs enfants meurent jeunes et n'arrivent pas à vitalité.

M. CHRISTIAN. — Je ferai une objection à la théorie soutenue par M. Dally. Les dégénérants, dit-il, finissent par être stériles; mais comment explique-t-il alors ces générations de goitreux qui existent dans les vallées de la Savoie? La stérilité ne peut donc être considérée comme un caractère absolu de dégénérescence, car s'il en était ainsi, il y a longtemps que le goitre aurait disparu.

M. DALLY. — Je répondrai en quelques mots aux objections qui viennent de m'être faites. Et d'abord à M. Bourdin sur la question de statistique. Il n'accepte pas l'exactitude de celles du commencement du siècle dernier et cependant la population de 1700 a été recensée par l'édit de Vauban et nous pouvons, à quelques centaines près, en accepter l'exactitude. M. Bourdin fait observer aussi que la population de la France a augmenté, mais que cet accroissement est minime. Comme lui j'attache une grande valeur à cet accroissement; mais qu'est-il, comparé à ce qui se passe dans le reste de l'Europe? Tandis que d'autres peuples voient leur population doubler en 55 ou 60 ans, il faut à la France 160 ans. Quant à la limitation volontaire, elle existe surtout en Normandie.

En ce qui concerne les objections de MM. Doutrebente

et Christian, je ferai remarquer que je ne considère pas la stérilité comme un caractère absolu mais comme un caractère relatif ; que ce qui m'a surtout frappé dans la dégénérescence, c'est la tendance à la stérilité ; que toutes les causes de dégénérescence mènent fatalement à la stérilité finale.

La séance est levée à six heures.

D^r. ANT. RITTI.

SÉANCE DU 27 JUIN 1884

Présidence de M. LURS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.
— M. le PRÉSIDENT annonce que le D^r Niedermeck, directeur d'une maison de santé à Durssemeberg, assiste à la séance.

M. le D^r Charpentier, élu dans la dernière séance membre titulaire de la Société médico-psychologique, est invité à prendre place parmi ses collègues.

M. le PRÉSIDENT. — Messieurs, j'ai la triste mission d'informer la Société de la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de notre très regretté collègue, le D^r Marchant, médecin en chef de l'asile des aliénés de Toulouse, qui vient de succomber, assassiné par un de ses malades, en plein exercice de ses devoirs professionnels.

M. le D^r Marchant appartenait depuis plus de vingt ans à notre Société, à titre de membre correspondant. C'était un des derniers élèves d'Esquirol, et il appartiendra à notre secrétaire général de vous exposer les titres scientifiques à l'aide desquels M. Marchant a occupé dans la médecine mentale une situation si justement acquise.

Ce nouveau martyr de la médecine aliéniste, mort sur la brèche, victime de son dévouement, laisse un fils qui, médecin comme son père, mais dans une autre direction, a déjà dignement donné la mesure de sa valeur.

Puissent ces paroles de vive sympathie et de regrets unanimes dont je ne suis que l'interprète fidèle, contribuer à adoucir pour lui les amertumes d'une fin si cruelle et d'une séparation si douloureuse.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture du discours pro-

noncé aux obsèques de notre malheureux confrère par M. Foville, inspecteur général des services d'aliénés (Voir *Annales médico-psychologiques*, n° de juillet, p. 172).

M. LUNIER donne quelques détails sur l'événement, et fait connaître le vœu émis par M. Bonnet, médecin de l'asile de Châlons-sur-Marne, d'une souscription destinée à élever un monument au Dr Marchant. Renvoyé à une commission composée de MM. Lunier, Dagron, Foville, Christian, Bouchereau, Bonnet (adjoint).

M. le Dr Lapointe, médecin directeur de Saint-Dizier, sollicite le titre de membre correspondant et adresse un mémoire à l'appui de sa candidature. Renvoyé à une commission composée de MM. Lunier, Charpentier, Bigot.

M. le Dr Linas, que des raisons de santé retiennent loin de Paris, s'excuse par lettre de ne pouvoir assister à la séance et demande que la Société veuille bien lui accorder le titre de membre honoraire. A l'unanimité des membres présents il a été fait droit au désir de notre confrère.

M. le Dr MAGNAN pose les candidatures :

1° De M. le Dr Garnier, au titre de membre titulaire. M. Garnier envoie à l'appui, un travail intitulé : *Idées de grandeur dans les délires de persécution*. Renvoyé à une commission composée de MM. Legrand du Saulle, Lasègue, Magnan.

2° De M^{lle} Nadine Skwortzoff, de Saint-Petersbourg, docteur en médecine de la faculté de Paris, au titre de membre associé étranger. Le travail que remet M^{lle} Skwortzoff a pour titre : *De la cécité et de la surdité des mots dans l'aphasie*. Renvoyé à une commission composée de MM. Magnan, Bouchereau, Motet.

3° De M. Briand, au titre de membre correspondant, qui envoie une brochure sur le *délire aigu*. Renvoyé à une commission composée de MM. Magnan, Bouchereau, Motet.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL est heureux d'annoncer à la Société que l'un de ses membres, M. Ritti, vient d'obtenir le prix Falret à l'Académie de médecine, et au nom de la Société lui adresse ses bien sincères félicitations.

M. LEGRAND DU SAULLE dépose sur le bureau une thèse du Dr G. Ferrand : *De la curabilité relative de l'épilepsie à la Salpêtrière*.

M. CHRISTIAN offre à la Société l'article *Onanisme* qu'il a

publié dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

Prix Aubanel.

A propos du prix Aubanel, la commission a pensé qu'il y avait lieu de modifier le programme et propose la rédaction suivante :

La Société médico-psychologique décernera, au mois d'avril 1882, le prix Aubanel de la valeur de 3,000 fr., au meilleur travail, imprimé ou manuscrit, sur un sujet de médecine mentale.

Les ouvrages imprimés ne devront pas avoir été publiés depuis plus de trois ans, et devront être adressés au secrétaire général avant le 31 décembre 1881.

Les membres titulaires de la Société seront seuls exclus du concours.

Après quelques observations présentées par plusieurs membres, la rédaction proposée est adoptée.

Rapport de candidature.

M. DOUTREBENTE. — Messieurs, au nom d'une commission composée de MM. Luys, Ball et Doutrebente, rapporteur, j'ai l'honneur de vous présenter un rapport sur la candidature de M. le Dr Régis, chef de clinique des maladies mentales et médecin adjoint de Sainte-Anne, au titre de membre correspondant de votre société.

M. le Dr Régis n'est pas pour vous un inconnu, puisqu'il est lauréat de votre Société et qu'il a eu l'honneur de lire en séance publique une communication intéressante sur l'alimentation des aliénés ; il appartient, d'ailleurs, à une famille médicale nombreuse dont fait partie notre excellent et digne collègue, le Dr Linas.

Cette parenté suffit à expliquer pourquoi M. Régis a abordé, hardiment et résolument, l'étude des maladies mentales.

Pour moi, qui le connais depuis quatre ans, et qui l'ai vu à l'œuvre comme interne à Ville-Évrard et à Sainte-Anne, je ne saurais assez vous dire combien je suis heureux et fier de passer en revue ses titres scientifiques, et de vous présenter un court résumé des travaux originaux ou autres, que M. Régis a publiés dans différents recueils ou journaux de médecine.

Au mois d'avril 1879, M. Paul Moreau (de Tours), en nous lisant son rapport sur le prix Esquirol, nous faisait remarquer que cette année six concurrents s'étaient disputé un honneur que beaucoup d'entre vous ont tenu à obtenir au début de leur carrière : M. Régis, qui avait présenté un travail sur la *Dynamie ou exaltation fonctionnelle au début de la paralysie générale*, sortit vainqueur d'une lutte courtoise mais chaudement disputée.

La dynamie au début de la paralysie générale est, suivant l'auteur, le tableau de l'excitation, de l'exaltation fonctionnelle présentée par un grand nombre de malades atteints de paralysie générale ; étude ébauchée çà et là dans diverses publications, mais jamais présentée comme travail d'ensemble.

Cette excitation, générale ou partielle, peut se localiser à une fonction de l'économie ou s'étendre à toutes ; elle serait le résultat du premier travail phlegmasique qui s'opère dans les centres nerveux ; sa généralisation plus ou moins grande est en rapport avec le champ du travail inflammatoire. Après avoir décrit les caractères principaux qui relèvent de cette exaltation, M. Régis a démontré que :

1^o Dans les fonctions intellectuelles et morales, il survient un irrésistible entraînement vers l'activité intellectuelle, et, surtout, une augmentation malade de la bonté et des idées philanthropiques dans des proportions vraiment surprenantes.

2^o Dans la fonction locomotrice, un irrésistible besoin de locomotion, qui se transforme, lorsque les malades sont séquestrés, en tentatives perpétuelles d'évasion, tentatives mal combinées, entreprises devant les gardiens et généralement infructueuses ; les malades ne se cachent pas plus des gardiens pour s'évader, que des propriétaires, quand ils volent dans les magasins ou à l'étalage ;

3^o Dans les fonctions génésiques et organiques (circulation, digestion, etc.), une excitation anormale conduisant les paralytiques à des excès de toute nature, souvent pris comme cause de la maladie, surtout quand l'évolution de la période prodromique est lente et peu caractérisée.

Des observations intéressantes recueillies dans le service où il était interne, accompagnent ces considérations et viennent leur donner un appui et une importance que les faits seuls sont capables de fournir.

Dans le cours de l'année scolaire 1879-1880, devenu interne du professeur Ball, dans un service où les cas curieux ou rares sont, pour ainsi dire, journellement triés pour être présentés aux élèves, M. Régis ne devait pas tarder à trouver de quoi utiliser ses goûts pour des travaux où l'observation domine la scène : il fit paraître dans les *Annales médico-psychologiques* un article intitulé de la *pseudo-paralysie générale saturnine*.

La connaissance des pseudo-paralysies générales syphilitiques, saturnines ou autres, est le fruit de l'attention minutieuse que certains observateurs ont apporté, dans ces dernières années, au mode d'évolution variable d'une maladie déterminée avec des états constitutionnels et diathésiques différents.

Il faut, suivant M. Régis, distinguer la paralysie générale ordinaire, survenant chez un saturnin, des symptômes de paralysie générale produits par le plomb, c'est-à-dire de la pseudo-paralysie générale saturnine.

Dans ce dernier cas, tous les accidents de la paralysie générale peuvent se produire et faire craindre le développement progressif d'une véritable paralysie générale; mais ces craintes ne sont pas justifiées, on se trouve en présence d'une fausse paralysie générale, à marche absolument différente de l'ordinaire.

Dans la pseudo-paralysie générale saturnine, on voit, d'emblée, survenir des accidents très graves, alors qu'une tendance à la guérison, avec disparition plus ou moins rapide de tous les symptômes morbides, ne tarde pas à s'affirmer. Cela tient à ce que la cause du mal est un poison, dont l'action plus ou moins prolongée tend à disparaître à mesure qu'il s'élimine, mais dont les effets reparaissent parfois avec plus d'intensité, après chaque ingestion nouvelle.

Pour mener ce travail à bonne fin, M. Régis avait fait de nombreuses recherches bibliographiques et statistiques dont l'importance est incontestable.

A peu près à la même époque, il publiait, dans le même recueil, une observation de *Folie à double forme continue*. Cette observation est accompagnée de remarques intéressantes au point de vue du diagnostic.

Falret père avait déjà signalé ce fait que la période d'excitation de la folie à double forme ressemble parfois, à

s'y méprendre, à la période d'excitation de la paralysie générale.

M. Régis insiste avec intention sur ce sujet en donnant deux éléments de diagnostic qui me paraissent excellents. Le paralytique présente, même au début, de l'affaiblissement intellectuel alors que chez le fou à double forme, il y a intégrité absolue de l'intelligence, même quand la maladie date de loin.

En second lieu, le paralytique, à de rares exceptions près, se montre doux, affable, philanthrope, distribuant à tous ses richesses ou ses faveurs, tandis qu'il n'est pas plus méchant et plus égoïste que le fou à double forme.

En août 1880, il présentait à la Faculté de médecine, comme sujet de thèse, la *folie à deux* et obtenait la note extrêmement satisfait pour un travail original, bien conçu et écrit dans ce style imagé et chaud dont les méridionaux semblent posséder le secret.

M. Régis accepte d'abord la forme de folie à deux décrite par MM. Lasègue et Falret, dans laquelle on assiste à une véritable communication du délire d'un aliéné à un individu inférieur à lui.

Dans ce cas, le premier malade devenu aliéné, et vivant perpétuellement en contact avec le second, qu'il domine, communique à celui-ci une partie de son délire, la partie la moins déraisonnable, dont il se débarrasse assez facilement, dès qu'on le sépare du premier aliéné. Cette forme, une fois adoptée, M. Régis lui ajoute quelques traits nouveaux et rapporte de nouvelles observations; puis il aborde la description d'une variété de folie à deux non encore décrite, et possédant cependant une importance indéniable et des caractères absolument différents de la première variété.

Ici, il n'y a plus communication du délire, mais simultanéité d'éclosion et d'évolution progressive, sous l'influence des conditions suivantes :

Deux individus prédisposés vivent en contact d'autant plus intime que, suivant la remarque de mon maître Morel, ils s'attachent d'autant plus l'un à l'autre que ce sont deux êtres pathologiques. Ainsi fusionnés et ne formant plus qu'un, s'il survient une cause qui les frappe tous deux simultanément, soit dans leur honneur, soit dans leurs intérêts, on voit alors ces deux êtres, prédisposés et frappés,

devenir simultanément aliénés, ne différant pas plus sur le terrain pathologique qu'ils n'avaient différé, jusque-là, sur le terrain normal.

Cette folie à deux n'est donc pas le résultat d'une communication de l'un à l'autre, c'est une œuvre élaborée en commun, et à laquelle chaque collaborateur a pris une part à peu près égale ; c'est, en un mot, une sorte de roman pathologique que deux êtres malades élaborent et publient, sans qu'il soit possible de retrouver jamais ce qui appartient en propre à chacun d'eux. Inutile d'ajouter que fidèle à sa méthode d'observation, M. Régis publie, à l'appui de son dire, des faits nombreux et bien étudiés.

Pour ne point abuser des moments de la Société, je passerai rapidement sur des publications de moindre importance, telles que : *Deux cas de manie congestive* (*Annales médico-psychologiques*) ; *Réflexions pratiques sur l'alimentation forcée des aliénés*, et différents travaux d'analyse, de revue ou de bibliographie, parus dans les *Annales médico-psychologiques*, l'*Encéphale* et la *Gazette médicale de Paris* : Je dois cependant vous dire encore, que, chargé à reprises différentes de faire une leçon aux élèves de la clinique des maladies mentales, M. Régis s'est acquitté de ce redoutable honneur d'une façon remarquable, ayant pris pour sujets : l'*alimentation forcée*, l'*interrogatoire* et la *séquestration* des aliénés.

Je ne crois pas non plus être indiscret, en vous annonçant que, grâce au même auteur, nous aurons dans quelques jours la *table générale des annales médico-psychologiques* de 1866 à 1878 inclusivement ; travail considérable, dont l'utilité sera appréciée par tous ceux d'entre vous que leurs travaux obligent quotidiennement à consulter des annales, qui, depuis longues années, accumulent pour l'avenir des matériaux précieux.

En terminant, il me reste à vous parler des *hallucinations unilatérales*, que M. Régis a étudiées dans le premier numéro de l'*Encéphale*, dans un article fort remarqué par les aliénistes et les psychologues les plus renommés.

Les hallucinations unilatérales étaient mal connues et n'avaient pas d'ailleurs jusqu'alors suffisamment attiré l'attention des observateurs ; on trouvait avec difficulté quelques observations éparses dans la science, et Michéa seul, dans son *délire des sensations*, leur avait consacré une

simple note. M. Régis, en s'appuyant sur plusieurs faits, a cherché à établir que, si l'hallucination se localisait à un seul côté des sens, il fallait en chercher la cause dans une altération du sens lui-même. Bien plus, dans nombre de cas, cette hallucination unilatérale reconnaît pour cause un état morbide unilatéral, dont la guérison serait suivie de la suppression des hallucinations.

De là à dire que la participation des sens dans la production des hallucinations était chose possible, probable ou démontrée, il n'y avait qu'un pas; c'est ce que devait faire M. Régis; mais, en le faisant, il ne formulait pas une idée nouvelle, et n'exprimait pas la prétention d'avoir inventé la théorie sensorielle des hallucinations; il voulait simplement fournir une nouvelle preuve de l'intervention des sens dans la production des hallucinations.

Ce travail sur les hallucinations unilatérales, tout en restant original, apporte aussi un appui à l'opinion des savants, qui, comme Foville père (Dict. en XV), ont mis en avant la théorie sensorielle des hallucinations.

La commission que vous avez chargée d'examiner les titres de M. Régis est unanime à vous proposer d'accueillir favorablement sa demande.

En le faisant, la Société s'assurera le concours d'un collaborateur instruit, travailleur, et sincèrement adonné à l'étude des sciences médico-psychologiques.

Les conclusions du rapport de la commission sont adoptées et M. Régis est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre correspondant.

Rapport médico-légal.

M. MORET donne communication d'un rapport médico-légal sur un aliéné alcoolique et persécuté. Ce travail sera publié ultérieurement.

Présentation de pièces anatomo-pathologiques.

M. LUYs présente à la Société des cerveaux conservés, offrant des lésions de la troisième circonvolution frontale droite et gauche. Les observations recueillies pendant la vie permettent d'affirmer une fois de plus que la lésion qui

existe dans le lobe gauche est bien la seule qui amène l'aphasie.

Une deuxième pièce tendrait à faire localiser les impressions acoustiques dans les régions les plus postérieures du lobe occipital. Le cerveau que M. Luys met sous les yeux de la Société est celui d'une femme morte à 72 ans, à la Salpêtrière, et qui était devenue absolument sourde à l'âge de 18 ans. Les lésions constatées sont une atrophie considérable du coin du lobe occipital, et un élargissement excessif de la scissure.

La séance est levée à 6 heures.

Dr PAUL MOREAU (DE TOURS).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNÉE 1880 (suite).

La France médicale.

- 4^o *De la folie hystérique*, leçon de M. A. Voisin, recueillie par M. Dauchez (n^o 16).

La folie hystérique peut, chez certains malades, laisser longtemps parfaitement intactes les facultés intellectuelles ; mais par contre, il existe des cas chez lesquels les malades arrivent rapidement à un état de bestialité absolument complète et de déchéance morale incurable.

- 2^o *Hémiplégie gauche avec aphasie chez une femme gauchère et récemment accouchée. Troubles de la sécrétion lactée ; suppression de cette sécrétion dans le sein droit, exagération de la sécrétion lactée dans le sein gauche*, par le docteur Cuffer (n^o 28).

- 3^o *De la folie circulaire*, leçon de M. le professeur Ball, recueillie par le docteur Amand Chevallereau (n^{os} 32, 33).

Description de la folie circulaire, précédée de l'histoire d'un malade du service, atteint de folie à double forme depuis vingt-deux ans, et chez lequel le cycle morbide se décomposait de la façon suivante : 1^o stade maniaque de 10 mois à 4 an de durée ; 2^o stade mélancolique d'une durée de deux ans environ. Pas d'intervalle lucide entre les accès.

- 4^o *Du délire aigu*, leçon de M. le professeur Ball, recueillie par le docteur A. Chevallereau (n^{os} 47, 48).

Cette leçon est particulièrement consacrée à l'étude du délire aigu essentiel, non symptomatique. Après avoir décrit les diverses périodes de l'affection, M. le professeur Ball aborde la question de l'anatomie pathologique, encore si discutée à l'heure actuelle. Il conclut que, si chez certains malades on ne rencontre à l'autopsie aucune lésion appréciable, en revanche on

trouve chez la plupart un ensemble d'altérations constituées par la stase veineuse, la gêne de la circulation dans les vaisseaux lymphatiques et un œdème de la substance grise des centres nerveux.

5° *Aphasie saturnine*, par M. Ernest Gaucher (n° 54).

Cas d'aphasie transitoire, n'ayant duré qu'une demi-journée, chez un homme en proie à des accidents saturnins. L'auteur, étudiant la pathogénie de cet accident, émet deux hypothèses, et croit que le mutisme présenté par le malade reconnaissait pour cause, soit un trouble circulatoire fonctionnel, soit une modification temporaire des éléments anatomiques sous l'influence directe du poison. La première supposition nous paraît la plus vraisemblable.

6° *Attaques épileptiformes dans le cours d'une méningo-encéphalite chronique*, par M. Gellrier (n° 57).

Observation intéressante et qui, tant par les symptômes présentés par la malade durant sa vie, que par les lésions trouvées à l'autopsie, pourrait compter comme un cas de pseudo-paralysie générale syphilitique.

7° *Leçons sur l'idiotie*, par M. Auguste Voisin, recueillies par M. Ployaud (nos 74, 78, 80, 84).

L'Idiotie peut être définie : cet état particulier dans lequel les instincts de conservation et de reproduction, les sentiments moraux, les pouvoirs intellectuels et perceptifs ne se sont jamais manifestés, ou cet état particulier dans lequel ces différentes virtualités de notre être, ensemble ou séparément, ne se sont qu'imparfaitement développées.

La microcéphalie est constituée par un arrêt de développement produit pendant la vie intra-utérine; l'idiotie, par un arrêt de développement survenu après la naissance.

Les idiots pourraient être divisés en trois catégories :

1° Idiots à existence végétative. Abrutissement complet au-dessous de l'animalité.

2° Idiots dont les penchants inférieurs sont complètement et fortement développés, tandis que les facultés intellectuelles et les sentiments moraux sont à peine ébauchés.

3° Idiots qui possèdent quelques penchants conservateurs, quelques sentiments moraux, quelques facultés intellectuelles et perceptives.

4° Idiots qui se rapprochent de l'homme normal, mais en diffèrent par l'absence de quelques facultés supérieures.

8° *De certains cas d'ischémie fonctionnelle du cerveau*, par M. le professeur Ball (nos 88, 89).

Mémoire lu au mois d'août 1880 au congrès de Cambridge, et relatif à des accidents cérébraux plus ou moins complexes, plus ou moins graves, mais essentiellement transitoires, et que M. le professeur Ball attribue à un trouble temporaire de la circulation cérébrale.

9° *Des causes de l'aliénation mentale. De l'hérédité*, leçon de M. le professeur Ball (nos 94, 95).

L'hérédité dans la folie est une des questions les plus intéressantes de la pathologie mentale. C'est à elle que M. le professeur Ball a consacré les premières leçons de la deuxième année de son cours. Le professeur, s'appuyant sur les beaux travaux de Morel, de Moreau (de Tours), etc., fait la part la plus large à l'hérédité dans la production de l'aliénation mentale. Et pour résumer l'importance de cette cause dans une formule qui dépasse, à dessein, sa pensée, il ne craint pas de dire : « La folie est une perturbation profonde qui tient à la nature même de l'individu, qui fait partie de sa chair et de son sang et qu'il faut considérer comme le dernier chapitre d'une longue histoire, comme la dernière étape d'un long voyage. Et si l'on me demandait de condenser, en un seul mot, tout ce que nous savons sur les origines de la folie, je répondrais volontiers : Il n'y a qu'une seule cause de l'aliénation mentale, c'est l'hérédité. »

40° *Observation de diplegie faciale*,
par M. le professeur Ball (n° 403).

Archives générales de médecine.

4° *Le vol aux étalages*, par M. le professeur Lasègue (n° de février).

Etude fort intéressante des vols à l'étalage commis par les aliénés, et en particulier par cette catégorie de malades que M. Lasègue appelle les *cérébraux*. Analyse psychologique très délicate des caractères de l'acte délictueux, suivant le degré d'affaiblissement intellectuel du malade, depuis le simple trouble cérébral passager, jusqu'à la démence du paralytique général, qui vole sous l'influence d'une inspiration brute, instantanée, dépourvue de calcul, grossièrement satisfaite.

2° *Les cérébraux*, par M. le professeur Lasègue (n° d'avril).

Cet article a paru dans le compte rendu du congrès de médecine mentale de l'année 1878.

3° *La pathogénie de l'épilepsie*, par M. le professeur Lasègue (n° de juillet).

Cet article, publié déjà dans l'*Union médicale*, a été analysé plus haut.

4° *La mélancolie perplexe*, par M. le professeur Lasègue (n° de novembre).

Ebauche d'une variété particulière de mélancolie faite avec cette largeur de touche et cette sobre précision qui caractérisent la main du maître. Quelques pages seulement, mais tableau saisissant de la perplexité mélancolique, depuis l'ictus ou traumatisme moral qui lui donne naissance, jusqu'à l'heure où elle se dissipe, après avoir parcouru ses périodes d'augment, d'état et de déclin.

Bulletins de l'Académie de médecine.

1° *Absinthisme aigu*, par M. Lancereaux (n° 36).

Des faits qu'il a pu observer, l'auteur conclut, contrairement à l'opinion exprimée par M. Magnan, que les phénomènes convulsifs provoqués par l'absinthisme aigu ne sont pas semblables en tant que syndrome à l'attaque d'épilepsie, mais bien à l'attaque d'hystérie. Comme dans cette dernière affection, en effet, ils commencent par de la contracture et finissent par des convulsions cloniques, s'accompagnant de sensation de constriction épigastrique et de désordres de la sensibilité.

2° *Absinthisme chronique et absinthisme héréditaire*, par M. Lancereaux (n° 42).

L'intoxication par l'absinthe, en outre des accidents convulsifs de l'absinthisme aigu, peut se traduire encore par des désordres à longue échéance, qui affectent de préférence les facultés sensitives et mentales et constituent l'absinthisme chronique. A côté de ces deux formes d'intoxication par l'absinthe, il en existe une troisième, conséquence des précédentes, qui s'observe dès l'enfance et se manifeste tout à la fois par des troubles de la sensibilité, de l'intelligence et du mouvement; c'est l'absinthisme héréditaire. Chacune de ces formes a de

grandes analogies avec l'affection hystérique : la première rappelle la crise convulsive, la seconde présente les désordres habituels de la sensibilité, et cela aussi bien chez l'homme que chez la femme. La troisième, enfin, est généralement confondue avec l'hystérie.

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie.

1° *De l'anesthésie produite par les lésions des circonvolutions cérébrales; recherches expérimentales et cliniques*, par le Dr Raymond Tripiier (nos de janvier et de février).

2° *Education psycho-physiologique d'une main idiote*; par le Dr E. Seguin (no de juillet).

Très intéressante relation, par le regretté docteur Seguin, d'un cas d'éducation d'une main idiote, éducation ayant eu pour conséquence le développement graduel des facultés intellectuelles chez le malade.

3° *Contribution à l'étude des localisations cérébrales; quatre observations*, par le docteur F. Sorel (no de juillet).

4° *Cas de paralysie du mouvement et de la sensibilité des quatre derniers doigts avec intégrité absolue du pouce; contribution à l'étude des localisations corticales*, par R. Lépine (no d'octobre).

Annales d'hygiène publique et de médecine légale.

1° *Les morts accidentelles et le suicide en France*, par le docteur Motet (no de février).

2° *Note sur une nouvelle forme d'alcoolisme latent professionnel, et sur le moyen de le combattre*, par le Dr A. Luton (no de juin).

Il est des individus, comme les dégustateurs, les chefs de cave, les ouvriers cavistes, les marchands de vin, les distillateurs, etc., qui s'intoxiquent lentement, inconsciemment, d'une façon intime, en raison même des exigences de leur profession. Ces personnes vivent pour ainsi dire dans une atmosphère d'alcool; le poison s'insinue par tous les pores, incessamment, toujours; c'est une intoxication intime, du genre de l'intoxication saturnine, et en général des intoxications professionnelles. La meilleure médication qui puisse être employée contre cette forme d'alcoolisme latent, et aussi d'ailleurs contre toutes les autres formes de l'alcoolisme, est, suivant M. Luton, la médication strychnique.

3° *Une épidémie de possédées en Italie, en 1878*, par Léon Colin (no de juillet).

- Relation d'une de ces épidémies d'hystéro-démonopathie si fréquentes au moyen âge et devenues si rares à l'époque actuelle. L'épidémie de Verzegnis s'est développée sur un terrain préparé à l'avance, c'est-à-dire au sein d'une population peu intelligente, sujette aux affections nerveuses et essentiellement superstitieuse. Les premières malades furent exorcisées sans résultat, cela va sans dire. Au contraire, le mal s'étendit davantage. L'épidémie, fort tenace, n'a cessé qu'à la suite de l'adoption des deux mesures suivantes : 1° occupation militaire de la localité ; 2° transport d'autorité, à l'hôpital d'Udine, de 47 possédées.

4° *Le criminel au point de vue anatomique et physiologique*, par A. Foville (nos d'octobre et novembre).

L'étude du criminel, au point de vue physique, intellectuel et moral, est une des questions qui passionnent le plus, depuis quelque temps, le public médical, en France et à l'étranger. M. A. Foville a pensé avec raison que l'heure était venue de mettre en regard les diverses opinions émises à ce sujet, et de les analyser dans un travail d'ensemble. L'article de M. Foville se termine par cette conclusion fort juste à notre avis que tous les criminels ne sont pas des irresponsables, et que si l'on devait ainsi confondre le véritable criminel et le véritable aliéné, il faudrait renoncer à toute cette branche de la médecine légale qui consiste à discerner l'état sain de l'état pathologique, la liberté d'action de l'ineonscience irresponsable ; il faudrait, surtout, abolir l'article 64 du code pénal d'après lequel « il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il y a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. »

5° *Affaire Menescalou. — Examen de l'état mental de l'inculpé. Rapport et réflexions*, par MM. Ch. Lasègue, Brouardel et Motet (no de novembre).

Tout le monde a lu le rapport médico-légal de l'affaire Menescalou qui a si vivement passionné le public. Nous n'en rappellerons que les conclusions :

1° Menescalou n'est pas atteint d'une maladie mentale continue et le privant du libre exercice de sa volonté.

2° Il n'a pas agi sous l'influence d'un accès de délire passa-

ger, suspendant momentanément la raison, et lui substituant des impulsions ou inconscientes ou irrésistibles.

3^o Son intelligence est limitée, mais pas assez pour autoriser à admettre un état d'imbécillité ou d'impuissance mentale de nature à exclure la responsabilité.

Journal de thérapeutique.

1^o *Retour de la sensibilité (générale et spéciale) chez un hémianesthésique à la suite d'une infusion de jaborandi*, par le Dr J. Grasset (n^o 4).

2^o *De l'emploi de la duboisine contre les sucurs des phthisiques et contre certaines formes de délire*, extrait des notes de Gubler, (n^o 3).

Quatre observations relatives à l'emploi de la duboisine, trouvées dans les notes de Gubler, et publiées sans commentaires.

La dernière de ces observations a trait à un cas de délire aigu. L'agitation excessive à laquelle la malade était en proie, non modifiée par l'emploi successif de la morphine, du chloral et du bromure de potassium, s'amenda sous l'influence d'une injection sous cutanée de 4 milligramme de duboisine, qui détermina, en outre, au bout d'une demi-heure, un sommeil profond. Ce traitement ne put être continué malheureusement, par suite de l'envoi de la malade à Sainte-Anne.

Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale.

1^o *L'alcoolisme au point de vue de ses formes larvées et de la médication strychnique*, par le Dr Luton, de Reims (30 septembre 1880).

Nous avons déjà eu l'occasion de parler de la médication strychnique, que le Dr Luton préconise contre l'alcoolisme. Dans ce nouvel article, l'auteur entre dans quelques détails sur la forme et la dose du médicament. Il donne la préférence au sulfate de strychnine, ou, à son défaut, à la noix vomique, à la fève de Saint-Ignace, à la brucine. Il recommande également la méthode hypodermique, qui est d'ailleurs d'un usage presque indispensable chez un alcoolique inconscient ou inanimé.

Suivant le Dr Luton, les doses de strychnine que l'on donne habituellement sont trop faibles. Pour ce qui est du sulfate de strychnine en injections hypodermiques, il ne faut pas craindre

d'en introduire un demi-centigramme à la fois et de renouveler cette dose deux et même trois fois dans la journée. A l'intérieur, on peut aller jusqu'à 3 centigrammes de sulfate de strychnine, en plusieurs fois dans la journée, ou bien encore on peut prescrire 15 ou 20 centigrammes d'extrait de noix vomique, et enfin 4 à 8 grammes de teinture alcoolique de ladite substance. Il suffit d'oser, pour se convaincre qu'il n'y a, dans l'administration de ces quantités, aucun danger d'intoxication, et que c'est à peine si l'on arrive à la limite de contractions tétaniques les plus superficielles.

2° *De la métallothérapie et du traitement des troubles de la sensibilité chez les hystériques par l'électricité*, par le Dr Briquet (30 novembre 1880).

Après un rapide historique de la métallothérapie, l'auteur conclut qu'on n'a pu avoir encore aucune explication satisfaisante du phénomène produit par ce moyen de traitement, et que tout médecin qui ne veut pas se compromettre ne peut l'adopter. M. Briquet oppose à la métallothérapie contre les troubles de la sensibilité, la faradisation, qui donne des résultats immédiats et certains. Suivent cinquante-neuf observations à l'appui de cette manière de voir.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie.

De l'épilepsie syphilitique secondaire, par le professeur Fournier (nos 4 et 2).

En dehors de l'épilepsie déjà connue et décrite, et qui survient à la période tertiaire, la syphilis est susceptible de produire une autre épilepsie, que le professeur Fournier appelle épilepsie syphilitique secondaire, parce qu'elle se développe dans les premiers temps de la maladie, en pleine période secondaire. Cette épilepsie secondaire diffère essentiellement de l'épilepsie tertiaire, non seulement par la date de son apparition et ses symptômes, mais aussi et surtout par sa marche et son pronostic. L'épilepsie tertiaire est toujours grave, très grave même pour bon nombre de cas. L'épilepsie secondaire, inversement, n'offre rien de sérieux, alors du moins qu'elle est soumise au traitement spécifique. M. Fournier la considère comme une simple névrose spécifique, c'est-à-dire développée en dehors de toute lésion supposable des centres nerveux.

Revue médicale française et étrangère.

- 1^o *La maladie du sommeil*, par le Dr Ed. Fournier (n^o 20).
 2^o *La maladie du sommeil et le nêlavan (analogies et différences)*, par le Dr Ad. Nicolas (n^o 21).

Lyon médical.

- 1^o *Note sur trois observations d'hémiancsthésie hystérique traitée par la métallothérapie*, par M. Cartier (n^{os} 41, 42).
 2^o *Cas d'hystérie chez l'homme; anesthésie heureusement modifiée par la métallothérapie*, par M. Rebatel (n^o 45).
 3^o *Plaie contuse de la tête, lésion accidentelle du gyrus sigmoïde chez le chien, diagnostic basé sur la connaissance des localisations cérébrales*, par M. Arloing (n^o 49).
 4^o *Note sur la sciatique intermittente*, par M. Dumolard (n^o 22).
 5^o *Observation de monoplégie avec anesthésie du pouce et de l'index, suite de lésion corticale (avec planche)*, par M. Gros (n^o 29).
 6^o *La métallothérapie en 1820*, par M. Monard (n^{os} 30, 34).
 7^o *Gliome de la couche optique; hémiplegie ayant débuté par le membre inférieur*, par M. Cassin (n^o 33).
 8^o *Observation d'un monstre acéphalien, genre acéphale*, par M. le Dr Courjon (n^o 37).
 9^o *Rapport sur le service des épileptiques de l'hospice de l'Antiquaille*, par M. Lacour (n^o 38).
 10^o *Utilité du vésicatoire épierdnien dans la période ultime des commotions cérébrales*, par M. Comandré (n^o 44).
 11^o *Les invisibles et les voix. Une manière nouvelle d'envisager les hallucinations psychiques et l'incohérence maniaque*, par M. Max-Simon (n^{os} 48, 49).

Très intéressant article dans lequel, après avoir rappelé en quelques mots les caractères de l'hallucination psycho-sensorielle, l'auteur étudie l'hallucination psychique. Pour lui, l'hallucination psychique n'est pas une véritable hallucination, puisqu'elle ne s'accompagne d'aucune manifestation auditive, et, en cela, il est d'accord avec M. Baillarger. Mais il va plus loin, et il considère l'hallucination psychique comme une *impulsion de la fonction langage*.

Fréquemment, quand nous lisons, bien qu'aucun son ne

sorte de notre bouche, nous formulons comme intérieurement les mots, et cela d'une façon involontaire, souvent inconsciente. Il n'est pas rare non plus d'être poursuivi par certains mots, par certains airs musicaux. La persistance de ces mots, de ces airs qui parfois restent dans notre esprit, mais que souvent nous prononçons ou que nous chantons sans nous en apercevoir, et quelquefois comme malgré nous, arrive en quelques circonstances à un point qui tient de l'obsession. A l'état physiologique, ces airs qui nous poursuivent, ces mots qui nous passent dans l'esprit, nous parvenons à les chasser. Mais exagérons cette persistance des mots à revenir à l'esprit, et à se compléter par ces mouvements musculaires qui sont si près de la pensée non formulée, nous aurons alors ce fait pathologique étudié par M. Max-Simon sous le nom d'*impulsion de la fonction langage*. C'est là ce qui a lieu dans l'hallucination psychique, ainsi que le démontrent certaines observations, où il semble aux malades qu'ils parlent en eux. A un degré plus élevé, cette impulsion du langage, s'accompagnant alors de l'expression parlée, devient la loquacité incohérente des maniaques.

Montpellier médical.

4^o *Un cas d'aliénation mentale consécutive à une fracture du rocher*, par J. Boyé, interne à l'asile d'aliénés de Montpellier (n^o 4).

Observation intéressante de folie traumatique à longue échéance, suivie de la relation de l'autopsie, qui démontra l'existence d'une méningo-encéphalite du lobe temporal gauche. Le malade avait du délire de persécution, du délire de grandeur et des hallucinations multiples. On ne dit pas si elle présentait quelques symptômes physiques de paralysie générale.

2^o *Ataxie locomotrice et lésions cardiaques. Contribution à l'étude du retentissement des maladies douloureuses sur le cœur*, par J. Grasset (n^o 6).

La coïncidence de l'ataxie locomotrice et d'une lésion cardiaque est assez rare. Si cette coïncidence des deux lésions n'est pas seulement due au hasard et si l'on veut trouver entre elles un lien pathogénique, il paraît impossible de rattacher le tabes à la lésion cardiaque, ou même la lésion cardiaque à une action directe de la moelle malade sur le cœur. La plupart des cas de tabes, compliqués d'altération cardiaque, ont été remarquables par l'intensité et la durée des douleurs. Dès lors,

on peut supposer que l'ataxie locomotrice développe l'altération cardiaque, non plus à titre de maladie de la moelle, mais à titre de maladie douloureuse.

3° *Anasarque a frigore chez des alcooliques*, par A. Amblard (n° 6).

L'alcoolisme constitue une prédisposition habituelle à l'anasarque a frigore.

L'ivresse constitue une prédisposition actuelle à cette forme d'anasarque.

L'alcoolisme et l'ivresse favorisent l'anasarque en rendant plus facile la dilatation névro-paralytique.

4° *Un nouveau cas d'ataxie locomotrice chez un syphilitique*, par A. E-torc (n° de septembre.)

5° *Rapports entre les lésions de la sphère génitale et l'aliénation mentale*. Observations par A. Mairet (n° d'octobre.)

Ce travail sera analysé ultérieurement, la première partie ayant seule paru.

6° *Attaques épileptiformes jouant le rôle de crise dans un cas de manie*, par A. Mairet (n° de novembre.)

Malade atteinte de manie franche avec agitation très intense, et qui, au moment où l'agitation est arrivée à son apogée, est atteinte d'accidents apoplectiformes et épileptiformes, suivis rapidement d'une guérison entière.

Marseille médical.

1° *Lypémanie religieuse de cause dyspeptique*, par le docteur P. Lardier (de Rambervilliers) (n° 4.)

2° *Du rôle des lésions cardiaques chez les aliénés*, par le docteur Cullerre (n° 2).

Les conclusions que l'auteur tire de son travail sont les suivantes :

1° Les affections mitrales, dans la folie, réagissent sur le système nerveux central de manière à produire des impulsions irrésistibles, aveugles et soudaines, et poussent les malades à commettre des actes dangereux.

2° Dans la folie impulsive simple, il n'est pas rare de rencontrer, en l'absence de toute lésion d'orifices, des désordres plus ou moins graves dans l'innervation cardiaque.

3° Les lésions aortiques, chez les aliénés, coïncident plutôt

avec une grande mobilité psychique, une alternance des symptômes maniaques et mélancoliques, et des impulsions moins soudaines et moins dangereuses qu'avec les affections mitrales.

3° *Note sur un cas d'hémiopie compliquée de cécité des mots*, par le Dr de Capdeville (no 2).

Revue médicale de l'Est.

1° *Quatre observations de syphilis cérébrale*, par le professeur Bernheim (nos 4, 2).

Pour l'auteur, ces quatre observations démontrent quatre formes symptomatiques de syphilis cérébrale distinctes.

1° Hémiplégie intermittente; 2° paralysie des nerfs crâniens avec titubation cérébelleuse; 3° forme épileptique compliquée de troubles psychiques; 4° forme de méningite subaiguë avec titubation et rétropulsion cérébelleuses.

En publiant ces faits avec quelques détails, l'auteur désire de plus appeler encore une fois l'attention sur l'efficacité des frictions mercurielles à haute dose (méthode de Rust) dans le traitement des formes graves de la syphilis viscérale.

2° *Sur un cas d'aphasie d'origine traumatique; épilepsie Jacksonienne*, par le Dr Maurice Valentin (no 6).

Plaie du crâne par instrument piquant dans la région fronto-pariétale gauche. Aphasie. Convulsions au 46^e jour dans le côté droit. Rotation de la tête à droite. Aura périphérique. Guérison.

3° *L'asile de Maréville, son état sanitaire et son régime alimentaire*, par le Dr J. Giraud (nos 44, 42).

4° *Aphasie d'origine traumatique due à une contusion du lobe antérieur de l'hémisphère gauche avec fracture du pariétal*. Guérison, par le Dr Camille Bancel (no 45).

5° *Rapport annuel du directeur de l'asile d'aliénés de Maréville*, par le Dr J. Giraud (no 48).

Gazette médicale de Strasbourg.

Tétanos traumatique à la suite de l'écrasement de l'avant-bras. Enveloppements hydropathiques du bras. Guérison. Considérations générales sur le traitement hydriatique des plaies, par le Dr Siefertmann (no 6).

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux.

1° *Responsabilité des alcoolisés*, par le Dr Lagardelle (no 3)

2° *Syphilis cérébrale. — Paralysie générale progressive*, par le Dr Lagardelle (no 6).

4° *La folie syphilitique simple n'existe pas;*

2^o Quelle que soit la forme d'aliénation mentale, manie, mélancolie, hypochondrie, lypémanie, etc., quand elle est de nature syphilitique, il existe toujours des symptômes somatiques, tels que paralysies, contractures, troubles de la sensibilité générale;

3^o Il existe des manies congestives d'origine syphilitique;

4^o Il en est de même de la paralysie générale progressive;

5^o Le nouveau de pseudo-paralysie générale est inutile;

6^o Le traitement spécial appliqué surtout au début de l'affection mentale, est la pierre de touche du diagnostic.

3^o *Des paroxysmes en aliénation mentale*, par le Dr Lagardelle (nos 9, 41, 43).

4^o *De l'amnésie rétrograde d'origine traumatique*, par le docteur Azam (no 49).

Un homme est frappé à la tête, tombe et perd connaissance; à son réveil, il a perdu le souvenir, non seulement de tout ce qui s'est passé depuis l'accident, mais aussi de tout ce qui s'est passé pendant une certaine période de temps antérieure à cet accident.

C'est ce phénomène que le Dr Azam étudie, avec faits à l'appui, sous le nom d'amnésie rétrograde.

5^o *Tentative d'assassinat. — Lypémanie. — Paroxysmes. — Irresponsabilité. Rapport médico-légal*, par le Dr Lagardelle (no 24).

6^o *Folie puerpérale grave. — Températures très élevées pendant un mois. — Guérison*, par E. Delaye (no 24).

7^o *Du diagnostic en aliénation mentale. Hystéro-épilepsie sympathique*, par le Dr Lagardelle (no 27).

Nice médical.

Les névroses convulsives et la PicROTOXINE, par le Dr Planat (nos 42, 43) — (A suivre.)

Journal de médecine et de pharmacie de l'Algérie.

Pas de travaux à analyser.

Gazette médicale de l'Algérie.

De l'action du tabac et de la nicotine sur l'économie, par le Dr Jacquemart (nos 7, 8, 9, 40, 41, 42).

JOURNAUX ANGLAIS

Le mental science

(4^{or} trimestre 1879.)Analyse par MM. les D^{rs} DUMESNIL et PONS.

William W. Ireland. — *De la pensée sans paroles, et des relations du langage avec la pensée* (fin).

J. Mierzejewski. — *Recherches sur l'idiotie*, traduit par le docteur D. Hack Tuke.

M. G. Echeverria. — *De l'épilepsie nocturne et de ses rapports avec le somnambulisme* (1).

D. Hack Tuke. — *Métaloscopie et attente*.

Notes et cas cliniques; notes du trimestre; revue; notes et nouvelles.

L'étude de M. le D^r Ireland sur les rapports du langage et de la pensée se termine par quelques considérations relatives à l'influence du langage sur le fonctionnement intellectuel.

Les sourds-muets dépourvus d'instruction sont dans une condition bien plus malheureuse que les aveugles. Tandis que ceux-ci peuvent arriver, au moyen des paroles qu'ils entendent, à des interprétations vraies, ceux-là voient ce qui les entoure sans être capables de comprendre. Les signes que le sourd-muet ignorant invente pour son usage ne sauraient lui donner aucune notion abstraite, et les connaissances qu'il acquiert ne peuvent être que superficielles. Il est instructif, à ce point de vue, de se renseigner auprès des sourds-muets sortis de l'école sur leurs croyances primitives touchant la mort, l'origine du monde, etc. L'auteur qui a consulté les rapports de l'asile américain d'Hartfort y a recueilli, à cet égard, de bien curieuses réponses faites par des sourds-muets inéduqués.

L'un croyait, en voyant un mort, qu'il se moquait des gens et allait se lever; un autre pensait que le monde a toujours existé, que les générations n'ont cessé [de se succéder sur la terre, sans origine. Il n'est donc pas douteux que le langage soit un puissant auxiliaire pour le développement de l'intelligence, mais ce serait aller trop loin que de le regarder comme indispensable. M. Ireland examine attentivement le phénomène

(1) Ce travail a été reproduit à peu près *in extenso* dans les *Annales* (numéro de mars 1879).

intéressant de la production indépendante de la pensée, sans le langage, et remarque que l'esprit peut se porter à la fois sur plusieurs sujets. Ce travail complexe sera d'autant plus aisé que les sujets seront moins similaires. Il est plus facile de penser et de monter à cheval que de penser à deux choses différentes, et la deuxième opération mentale est plus difficile que la première à fixer dans la mémoire. Notre confrère a pu simultanément lire un livre français, entendre une question et y répondre. La faculté d'appliquer son esprit à plusieurs sujets à la fois s'accroît par la pratique. Le fait de Robert Houdin et de son fils qui peuvent additionner d'un seul coup d'œil plusieurs dominos, et nomment, immédiatement, de mémoire, les objets qu'ils ont vus en passant, à la devanture d'une boutique, est vraiment remarquable. Le fils du célèbre prestidigitateur était arrivé, par l'exercice combiné de l'œil et de la mémoire, à des résultats si surprenants qu'on avait persuadé au public qu'il possédait le don de seconde vue. On doit admettre en pareil cas que l'attention se porte d'un objet à un autre avec une rapidité telle que la série d'impressions semble se résumer en une seule. Lorsque nous croyons voir simultanément quatre objets distincts, notre cerveau a reçu en réalité quatre impressions successives et les trois premières ont disparu de notre mémoire.

Les mots restent dans notre souvenir comme sons et comme symboles. Dans ce dernier cas, le souvenir se compose de l'idée et du mot lui-même.

En général, le mot établit la liaison entre l'objet et le souvenir qu'il fait naître. Le langage est un moyen mnémonique; aussi les pensées qui ne sont pas associées à des mots s'évanouissent-elles rapidement, et les sentiments les plus intenses qui ne sont pas exprimés ne tardent-ils pas à disparaître. Le langage est donc le support de la pensée. Les mots nous représentent des idées universellement admises et communes à la collectivité; l'étude comparative dont ils sont le point de départ, sert à l'éducation de l'esprit. C'est pourquoi les hommes d'une intelligence ordinaire ont besoin de ces symboles pour s'assimiler les notions abstraites. Mais notre confrère s'élève contre cette idée que de semblables notions ne peuvent s'acquérir sans le secours du langage. Il cite l'exemple bien vrai de l'enfant qui reconnaît une couleur avant de savoir la désigner par son nom, de l'imbécille qui peut compter jusqu'à un certain point sans pouvoir nommer un nombre. Ne pouvons-nous connaître une fleur sans l'appeler en langage botanique? Nous ne nous

doutons pas de la place qu'occupent les notions abstraites dans les opérations de notre existence matérielle.

Les grands penseurs se recueillent et s'absorbent. L'évolution des idées se fait chez-eux sans le secours du langage, dont ils ne font usage que pour marquer les résultats obtenus par le travail mental. Newton ne pouvait expliquer les opérations intellectuelles qui l'avaient conduit à une solution. Les phases du travail mental ne demeurent, en effet, dans notre souvenir qu'à la condition d'être fixées par le langage. Mais il n'est pas moins vrai, d'autre part, que la parole entrave la pensée, et cela résulte de l'insuffisance des mots pour la rendre. La pensée se fausse par le langage, qui a le tort de traduire des sentiments personnels et originaux par des notions universellement admises et faciles à apprécier. Aussi voit-on qu'à chaque pas, la pensée affirme son indépendance, et nous sommes parfois dans la nécessité, pour la rendre mal, d'avoir recours à plusieurs langues ou symboles.

Chez certains hommes, on observe une disproportion frappante entre la puissance intellectuelle et la faculté de s'exprimer. Elle tient à ce que ces penseurs approfondissent leurs sujets; leurs spéculations allant plus loin que celles des autres hommes, ils découvrent enfin des aperçus que le langage est impuissant à reproduire. John Hunter était, d'après Puget, un exemple mémorable de cette défectuosité. Ce grand homme ne vivait pas avec son temps, mais en commerce intime avec la nature; les expressions usitées ne suffisaient pas toujours à rendre les opérations de son esprit.

M. Ireland termine cet intéressant travail par quelques considérations sur l'aphasie, cette affection aux aspects si différents, dont l'étude est encore à faire, mais qui n'a pas moins jeté déjà une vive lumière sur les caractères mentaux du langage.

L'observation des aphasiques confirme pleinement la thèse soutenue dans ce mémoire, en démontrant le rôle accessoire et secondaire du langage dans la production de la pensée. En effet, dans l'aphasie, toutes les fonctions intellectuelles, à part celles qui sont en rapport avec l'articulation des mots, peuvent être entièrement conservées. On trouve dans la clinique de Trousseau plusieurs exemples de ce fait remarquable. Citons l'histoire de l'illustre Lordat dont la belle intelligence sortit victorieuse de la terrible épreuve qui l'avait privé de la parole. Toutefois, le professeur de Montpellier ne recouvra pas son

état normal, et, tandis qu'autrefois il se livrait à des improvisations brillantes, il se trouva dans la nécessité, après son attaque, de lire ses leçons. Aussi l'auteur de la clinique de l'Hôtel-Dieu se croit-il en droit de conclure que Lordat, qui s'est plus tard étudié lui-même, se faisait illusion en affirmant que ses facultés intellectuelles étaient restées indemnes. Notre confrère ne considère point l'argument comme sans réplique. D'après lui, l'obligation de lire dénotait simplement une lésion persistante de l'articulation des mots et cet état pouvait coïncider avec un fonctionnement intellectuel normal.

M. le docteur Hack Tuke a offert aux lecteurs du *Mental Science*, la traduction du mémoire sur les cerveaux d'idiots, que M. Mierzejewski a lu au Congrès de médecine mentale. Ce travail a déjà été apprécié avec éloges dans les *Annales*. On y trouve, en effet, condensées en quelques pages, nombre de bonnes et solides découvertes. L'auteur s'occupe d'abord du poids du cerveau. Ses recherches l'ont amené à conclure que le poids excessif du cerveau n'a pas grande valeur pour caractériser l'idiotie; par contre, sa légèreté anormale est un signe d'une véritable importance. Elle peut être le résultat de lésions pathologiques. Quoi qu'il en soit, il importe de savoir qu'elle atteint un degré, chez les dégénérés, qu'on n'observe pas dans une organisation saine. La conformation extérieure des cerveaux d'idiots peut leur donner quelque ressemblance avec ceux de certains animaux, mais cette ressemblance n'est que superficielle. La disposition des circonvolutions, l'étendue du pont de varole et de la moelle allongée sont des caractères qui suffisent à distinguer un cerveau humain. Chez les idiots, il arrive fréquemment que les hémisphères cérébraux laissent le cervelet à découvert. La même disposition s'observe chez les animaux, mais a une cause toute différente. Tandis que l'anomalie humaine procède d'un vice atrophique, la conformation de l'encéphale des animaux résulte de l'inclinaison du pont de varole dans la première période de la vie fœtale.

Le professeur de Saint-Petersbourg critique ensuite l'expression « arrêt de développement » qui, dans la plupart des cas, manque de justesse. Un cerveau d'idiot qui présente l'aspect fœtal devrait avoir, en même temps que l'aspect morphologique de l'âge fœtal, une structure rudimentaire des éléments nerveux. Les études auxquelles il s'est livré l'ont conduit à une découverte inattendue; un grand nombre de cerveaux du type

fœtal avaient des éléments histologiques parfaitement formés. Il n'y avait donc pas, dans ces cas, arrêt de développement proprement dit, mais déviation du type normal. Cette malformation peut comprendre les deux hémisphères ou se limiter à certaines parties du cerveau. Elle doit être classée parmi les monstruosité. Lorsqu'une anomalie de forme reconnaît pour cause un processus pathologique, ce n'est point encore un arrêt de développement, mais elle résulte de la substitution d'un tissu nouveau au tissu cérébral pendant la vie utérine ou la première enfance.

M. Miczejewski passe en revue les divers types de circonvolutions dans les cerveaux d'idiots. Elles peuvent être hypertrophiées, ou petites et rudimentaires. Elles se distinguent alors des circonvolutions du fœtus par la richesse de leurs plis secondaires. D'autres fois, on les trouve très-nombreuses et petites, séparées par des sillons transversaux, comme chez le dauphin. Cette anomalie peut aussi être générale ou partielle. Le simple arrêt de développement ne peut expliquer davantage cette disposition que Pozzi a appelée : *anomalie de reversion par déviation du développement*, et qui est un retour vers les races inférieures ou les types anthropoïdes. Elle consiste en un développement exagéré de la fissure perpendiculaire externe qui donne aux lobes occipitaux la forme d'un casque (cerveau de singe). Elle peut d'ailleurs exister chez les individus sains d'esprit, et même doués d'une intelligence au-dessus de la moyenne (Meynert, Broca).

L'examen micrographique des circonvolutions n'est pas oublié dans cette note intéressante. L'auteur insiste sur le développement hypertrophique du feuillet superficiel de l'écorce. Ce feuillet, très-mince chez l'homme, est plus épais chez les singes, plus épais encore chez le chien. Les idiots présentent une atrophie ou un développement énorme de la substance grise des circonvolutions et des éléments nerveux. Ces éléments ne sont pas groupés régulièrement, mais dispersés pêle-mêle et parfois entourés d'une enveloppe calcaire. Avec cette abondance de la substance grise, se voit une pauvreté extrême de l'élément commissural. Si l'on fait une section à la surface d'un cerveau normal, on voit, à la superficie de la circonvolution, d'un si lon à un autre, une seule couche de substance grise. Les cerveaux d'idiots en offrent un grand nombre, et la substance grise acquiert une épaisseur considérable qui peut aller de 2 à 7 millimètres. Cela tient à ce que les fibres de

communication n'existent que dans certaines directions. On n'y trouve guère en effet que les fibres d'association de Meynert, qui relient ces circonvolutions éloignées. A la place des filets nerveux qui font défaut, se trouvent des éléments embryonnaires volumineux, de dimensions variables, à noyaux distincts. La pauvreté des fibres de communication et l'abondance de la substance grise sont donc les deux caractères principaux des cerveaux d'idiots, et c'est le défaut d'harmonie dans sa constitution qui cause l'imperfection de l'organe. A la fin de ce chapitre instructif, l'auteur mentionne l'idiotie des individus à cerveau bien conformé, reconnaissant pour cause la petitesse du cœur et la faiblesse de la circulation générale. (Hagen.)

Sous le titre « *Métalloscopie et attente* », M. le Dr Hack Tuke a écrit une critique très intéressante des expériences faites récemment à la Salpêtrière avec les métaux et les aimants sur les hystériques. Tout le monde les a suivies, et nous n'avons pas à les rappeler. Notre éminent confrère les résume brièvement, mais complètement, et se demande si la signification qu'on leur a donnée est bien exacte. Les phénomènes obtenus par l'application de plaques métalliques ne peuvent-ils s'expliquer autrement que par une action thérapeutique appartenant en propre au métal employé? Nul ne sera étonné d'apprendre que l'auteur du beau livre intitulé : « *Influence de l'esprit sur le corps* », voudrait voir, dans les cures obtenues à la Salpêtrière, le résultat pur et simple de l'imagination des malades.

Les découvertes du Dr Charcot n'en seraient pas moins brillantes, et M. Tuke aurait par devers lui une importante série de faits nouveaux à ajouter à la riche collection qu'il a laborieusement réunie dans son ouvrage. M. Charcot, remarque notre confrère de Londres, garde une réserve prudente relativement à l'action interne des métaux ; il n'y a donc à s'occuper, dans l'espèce, que de leur application externe, ainsi que de l'emploi des aimants et de l'électricité. M. Tuke ne conteste pas que l'illustre professeur n'ait su se mettre en garde contre de nombreuses causes d'erreur. Il aime à croire que certains malades ont été expérimentés à leur insu, et pour la première fois, de manière à supprimer complètement le rôle de l'imagination. Mais il estime que d'autres expériences sont nécessaires pour imposer la conviction, et il déclare qu'après deux visites faites à la Salpêtrière, à plusieurs mois d'inter-

valle, ses doutes persistent encore. Il avoue, d'ailleurs, avec une entière franchise, l'inutilité de ses efforts pour mettre en défaut la nouvelle méthode. Une malade chez laquelle, à son insu, il a substitué un morceau de carton à une plaque métallique, s'est montrée parfaitement réfractaire, et le transfert de l'anesthésie ne s'est pas produit chez elle. Mais l'insuccès de M. Tuke prouve seulement, selon lui, que la malade n'a pu être complètement trompée, et que son attention a saisi la différence des contacts. De même, si l'aimant retourné cesse de produire ses effets, c'est que les malades reçoivent une impression qui les avertit des changements opérés dans les conditions de l'expérience.

Du reste, si M. Tuke n'a pu démontrer l'erreur de la doctrine métalloscopique, d'autres ont été plus heureux. Le docteur Westphall applique chez la même malade, avec toutes les précautions voulues, des plaques de cuivre vernies, des jetons en os, et détermine successivement le retour de la sensibilité dans le bras anesthésié et le transfert de l'anesthésie sur l'autre bras. Le médecin adjoint du Dr Westphall, le Dr Adamkiewicz, produit les mêmes phénomènes avec un sinapisme. Un cas analogue, rapporté par le « *British medical Journal* », a été observé par le Dr Jaglis, à l'asile royal d'Edimbourg, et le même journal mentionne un fait d'hémi-anesthésie traité et guéri, par le Dr Hugues Bennett, par l'application de disques en bois. Il est vrai, ajoute M. Tuke avec une pointe d'ironie, que les résultats obtenus à l'aide de substances non métalliques ne prouvent pas que les métaux n'ont pas une influence spéciale. L'action purgative des pilules de mie de pain chez l'hypochondriaque ne prouve pas que l'aloès et le jalap n'agissent pas sur l'intestin.... Malgré la justesse des arguments apportés par notre savant confrère, nous persistons à croire, en présence des faits accumulés, à la valeur de la découverte du Dr Bureq, et nous avons le ferme espoir qu'il ne faudra pas se résoudre à reléguer « *aux vieux fers* » les métaux merveilleux dont se servent si habilement MM. Chareot, Regnard, Vigouroux, Dumontpallier, Dujardin-Beaumetz et tant d'autres.

De nombreuses observations sont consignées au chapitre des notes et cas cliniques. M. le Dr Savage rapporte un cas d'aliénation mentale chez un enfant de quatorze ans à la suite d'un coup sur la tête. La mère de cet enfant a eu trois accès de folie puerpérale, le dernier après la naissance du jeune ma-

lade qui fait le sujet de l'observation. Deux jours après le traumatisme, l'affection mentale a débuté, et a été marquée par des alternatives de dépression et d'agitation maniaque violente. Trois ou quatre accès maniaques se sont succédés pendant les quatre mois qui ont précédé l'admission. A ce moment l'enfant est bruyant et destructeur, et accuse une douleur dans la tête au niveau de la blessure. Il s'est amélioré rapidement et a pu sortir guéri après deux mois de séjour à l'asile. Le rôle important que joue l'hérédité dans cette observation, permet de considérer le coup sur la tête comme une cause occasionnelle de la maladie mentale. Dans les cas semblables, le pronostic est favorable et la guérison est rapide, ce qui n'a pas lieu lorsque le traumatisme est la cause directe de la folie.

La deuxième observation est un cas de lypémanie consécutive au mariage. Le malade est un homme bien constitué sans antécédents d'aucune sorte. Il est marié depuis cinq semaines. Deux jours avant l'admission, il a été pris d'agitation nocturne avec hallucinations. Il doute de la sincérité de son mariage. A cette conception délirante s'ajoutèrent bientôt des idées de persécution et des troubles sensoriels; son sommeil est troublé par les détonations de batteries électriques. Devenu violent, il est conduit à Bedlem. On trouve alors chez cet homme, en même temps qu'une grande faiblesse physique, des troubles de la motilité qui rappellent la paralysie générale: hésitation dans la parole et la démarche, tremblement des muscles de la face, dilatation énorme des pupilles. Cet homme s'est rapidement rétabli; la promenade au grand air et un régime réparateur lui ont permis de quitter l'asile au bout de six semaines. Le médecin distingué auquel on doit cette observation remarque que les aliénés du mariage peuvent se répartir en trois catégories: 1° Ceux chez lesquels l'abus de l'acte sexuel a déterminé les symptômes de l'épuisement nerveux. C'est le cas de notre malade. La forme mentale alors se caractérise habituellement par le délire du soupçon et une grande violence dans les actes; le pronostic est favorable. 2° Ceux qui sont prédisposés à l'aliénation mentale, et chez lesquels l'excitation du mariage est la cause occasionnelle de la maladie; 3° ceux qu'une cause physique a rendus impuissants. Ces derniers présentent des idées fausses, un délire hypochondriaque; chez l'un d'eux notre confrère a vu des attaques d'épilepsie. Le docteur Maudsley considère les abus sexuels comme la cause la plus importante de paralysie générale. M. Savage compare

sous ce rapport cette variété d'excès à l'alcoolisme, et, sans aller aussi loin que M. Maudsley, il admet que la paralysie générale peut en être la conséquence.

Un cas intéressant de rupture d'anévrysme de l'artère cérébrale moyenne gauche dans le ventricule latéral, est rapporté par le Dr Cuninghame Russel. Le malade, âgé de 72 ans, est atteint de démence sénile. Il est décrépit et aveugle (cataracte double), ses facultés mentales semblent totalement détruites; tandis que son état physique demeure assez bon. Il présente un trouble du langage digne d'être noté. Il parle avec des intonations intelligentes et paraît s'exprimer avec lucidité; mais si l'on vient à l'écouter, on s'aperçoit qu'il est complètement incohérent. Un jour, le surveillant s'aperçoit qu'il respire péniblement. Le médecin appelé aussitôt le trouve sans connaissance. La face est pâle, la respiration lente; le malade fume la pipe, le pouls est imperceptible, les membres paraissent paralysés et la déglutition est difficile. Le lendemain apparaît une hémiplegie droite. Après un retour incomplet du sentiment et une amélioration légère, l'état s'aggrave et le malade succombe le surlendemain de l'attaque. L'autopsie a montré une mince caillot de sang noir occupant toute la base du crâne sous l'arachnoïde; cet épanchement s'étend sur les côtés et s'élève du fond des sillons à la surface des circonvolutions dont il cache les contours. Il pénètre dans les ventricules cérébraux. Dans le ventricule latéral gauche les parois sont ramollies et désorganisées. La région de l'insula est baignée dans le sang épanché et l'on y découvre un anévrysme rompu de de l'artère cérébrale moyenne, situé exactement dans la scissure de Sylvius au point de bifurcation de l'artère dont les deux branches émergent de la poche, l'une d'elles paraissant continuer le tronc principal. La tumeur fait saillie en dehors des vaisseaux et présente un aspect sacciforme. L'ouverture de l'anévrysme, d'une longueur d'un tiers de pouce environ, était située au voisinage de sa partie supérieure. Dans cette observation, l'attaque ultime de paralysie est due évidemment à la rupture de la poche anévrysmale. La pression de la tumeur, la gêne apportée dans la circulation cérébrale et, peut-être, de petites hémorrhagies antérieures ont pu contribuer à produire le trouble mental et l'altération du langage observés avant l'attaque.

Suivent deux observations de syphilis des artères cérébrales

avec dilations anévrysmales. Le premier malade est un marin âgé de 54 ans. Il offre les symptômes d'une certaine forme de paralysie générale: démarche incertaine, tremblement et parésie des muscles de la face, embarras de la parole, démence et optimisme.

Cinq mois après l'admission, se manifeste une douleur dans la région sourcilière gauche et le malade est frappé le même jour d'une paralysie incomplète du côté droit du corps et du même côté de la face. Il ne peut se tenir debout et ses mains ne peuvent saisir les objets. Il n'y a pas d'aphasie, mais le langage est inintelligible. La sensibilité est normale, et il y a exaltation de l'action réflexe. Quinze jours plus tard, le mouvement est revenu en partie dans les membres paralysés. Environ un mois après, se manifeste une attaque convulsive suivie d'une paralysie temporaire du bras gauche. Le jour suivant, on s'aperçoit que la distorsion des traits est moins marquée par suite de la paralysie faciale gauche, dont les effets neutralisent la déviation antérieurement produite. On constate une aphasie probable, le malade demandant intelligemment ce dont il a besoin sans pouvoir le nommer. La mort a eu lieu deux mois après l'accès épileptiforme, par suite d'un œdème du poumon. L'autopsie a mis en évidence une lésion bien remarquable des artères cérébrales et basillaires. Ces vaisseaux sont énormément dilatés dans tout leur parcours, tortueux, affectant en certains points la forme anévrysmale. Au voisinage de son entrée dans le canal vertébral, l'artère vertébrale gauche mesure un pouce un dixième de circonférence, alors elle décrit une double courbure avant de rejoindre sa congénère, et, dans ce trajet, ses dimensions sont 0,75 de pouce et 1 pouce 4 dixièmes. La vertébrale droite s'incline à gauche et se dirige transversalement en présentant une circonférence uniforme de 0,75 de pouce. La basilaire offre deux dilations successives de 1 pouce 4 dixièmes et de 1 pouce 25 centièmes; un peu avant sa terminaison elle présente un renflement anévrysmal. La carotide gauche, la cérébrale antérieure gauche et la cérébrale moyenne, au niveau de leur origine, ont un pouce de circonférence. La dilatation se poursuit aux branches de la cérébrale moyenne et de la cérébrale antérieure et jusqu'à la communicante. Un anévrysme de la dimension d'un pois se voit sur la cérébrale antérieure droite, à mi-distance du corps calleux. Un autre, plus petit, existe sur une branche de la cérébrale moyenne gauche, dans la scissure de Sylvius. Les pa-

rois des vaisseaux sont épaissies irrégulièrement, leur épaisseur varie de 4 dixième à 4 vingtième de pouce et la lumière du vaisseau a 7 centièmes de pouce environ. Au microscope, on observe l'altération décrite par Heubner, l'infiltration des tuniques vasculaires par des cellules de petite dimension, nucléées, arrondies et fusiformes.

Le second malade, âgé de trente ans, charretier, est un homme de tempérament bilieux, de complexion frêle. Il offre une chute de la paupière gauche, et l'œil de ce côté présente une paralysie de la pupille, qui est immobile et contractée. Pendant les deux premiers mois, cet homme est dans un état maniaque, puis il est pris d'accidents graves. La main et le bras droit sont privés de mouvement et il y a de la dysphagie. Il meurt trois jours après dans un état comateux. L'autopsie fait voir, outre une adhérence entre les membranes et le cerveau dans la région pariétale gauche, une dilatation de la basilaire sur une longueur d'un pouce. Cette artère offre du côté droit trois renflements successifs dont le plus gros a 8 dixièmes de pouce de circonférence. Ils sont formés par un épaississement excessif de la paroi artérielle, qui n'est pas moindre qu'un cinquième de pouce. L'examen micrographique a montré les lésions bien connues de la syphilis cérébrale. Les petites cellules à noyau constituent la presque totalité du tissu de la paroi artérielle. Un anévrysme de la grosseur d'un pois se voit à la division de la carotide gauche. Trois ou quatre petits anévrysmes existent sur la cérébrale moyenne gauche et ses branches. Outre ses lésions caractéristiques, on découvre un foyer de ramollissement de la dimension d'un pois dans la couche optique gauche.

Une autre observation de syphilis du cerveau, terminée par la rupture de l'artère basilaire, est rapportée par M. Macleod. Le sujet est une femme de 47 ans qui a eu la syphilis trois ans avant son admission. Elle a un délire de persécution et présente une chute de la paupière droite. Elle a plus tard une attaque de paralysie passagère de la main et du bras gauches. Après une amélioration réelle due à l'emploi de l'iodure de potassium, de quinine et du fer, cette malade succombe à une attaque d'apoplexie, quatre mois après son entrée. A l'autopsie, on découvre, outre une petite exostose de la portion pétreuse du temporal gauche, un épanchement sanguin considérable (8 à 10 onces) sous la base du cerveau, abondant surtout au niveau du pont de Varolé. Les artères sont athéromateuses et une petite

ouverture s'aperçoit sur la basilaire, dans le voisinage de la terminaison de ce vaisseau. Il existe en outre un petit anévrysme de l'artère cérébrale moyenne droite. Cette femme offrait une anomalie curieuse : la rate était multiple et se divisait en trois organes séparés ayant chacun leur système de vaisseaux, issus d'un tronc commun et se réunissant aussi en un seul tronc.

A cette importante collection de faits s'ajoute une observation de ramollissement du pont de Varole. Le cas clinique n'est pas commun et il faut savoir gré à M. Henry Clarke de l'avoir rapporté avec détails. C'est un document utile à ajouter à l'histoire peu connue des lésions de la protubérance. Tout en l'abrégeant, nous nous efforcerons de n'omettre aucun point important de cette observation. Il s'agit d'une femme de 35 ans, mère de trois enfants dont deux sont morts, l'un à la suite de convulsions, l'autre d'une « eau dans le cerveau ». N'a eu ni fausses couches ni maladies graves. Elle se trouvait en prison, bien portante, lorsque, quelques semaines avant les accidents graves dont il va être question, elle commença à se plaindre d'une douleur constante à la nuque. Le 20 février 1878, au matin, pendant qu'elle était occupée à démêler de l'étaupe, elle fut prise d'engourdissement à la main et au bras droit et bientôt après d'aphasie, de paralysie du bras et de la jambe de ce côté, sans perte de connaissance. Dix minutes après, elle recouvra la parole, mais épaisse et indistincte. Le mouvement revient incomplètement au bras, entièrement à la jambe. C'est alors qu'elle fut admise à l'hôpital et nous allons indiquer à partir de ce jour, sous une forme concise, les divers incidents de la maladie.

21 février. Paralysie faciale gauche, faiblesse du bras droit, peut parler, appétit et sommeil bons, aucun signe ni antécédent desyphillis; examen des viscères sans résultat. T. 93°. Far., P.90.

22 février. Deuxième attaque. — Hémiplegie droite, aphasie et perte de connaissance de quelques minutes de durée. Cette attaque a laissé une faiblesse du bras droit.

23 février. Indisposée la nuit; vomissements glaireux et alimentaires. Paralysie complète à droite, partielle à gauche; — action réflexe très amoindrie; répond par des sons inarticulés; point de perte de connaissance; refuse les aliments; urines involontaires. La paralysie de la face persiste à gauche.

24 février. Sommeil bon, n'a plus mouillé son lit, retour

complet du mouvement à droite, incomplet dans le bras et la jambe gauches; langage intelligible. La température et le pouls se sont maintenus constamment dans les limites suivantes : T. entre 98° et 98°4 F., P. entre 90 et 95.

27 février. Agitée la nuit, très affaiblie le matin. Parole épaisse et indistincte, écoulement de salive, gâtisme, hémiplegie complète à droite, partielle à gauche. Sort difficilement la langue; pupille droite plus petite que la gauche.

28 février. Insomnie bruyante et ériarde; répond par signes de tête. Paralyse des deux côtés; rigidité du bras droit, moins marquée au bras gauche; conservation de la sensibilité cutanée. Respiration stertoreuse; pupille droite contractée; ouïe et vue intactes; un peu de dysphagie.

1^{er} mars. Agitée et ériarde, face bouffie, surtout à droite.

2 mars. Déglutition impossible, nourrie par le rectum; conscience et sensible; respiration toujours stertoreuse; contraction plus grande de la pupille droite.

3 mars. Tranquille, a dormi, avale bien; toujours gâteuse, mais demande le vase; peut sortir la langue, pupille droite plus contractée.

5 mars. N'a pas reposé, turbulente et difficile, veut continuellement être retournée dans son lit.

6 mars. Douleur céphalique non localisée; ne fait aucune tentative pour parler; gâteuse, diarrhée abondante. T. 97°3 F.

10 mars. La diarrhée a disparu, la malade ouvre la bouche, mais ne peut sortir la langue.

11 mars. Analgésie généralisée.

14 mars. Sort un peu la langue, prend bien les aliments; rigidité des quatre membres.

15 mars. Physionomie meilleure, s'efforce de parler et de dire « yes » et « no », mais sans succès; fléchit les jambes; pupilles égales, contractées.

16 mars. Mouvements de flexion plus faciles aux jambes, les bras demeurent paralysés; paralysie faciale moins marquée, dit « yes » et « no ».

17 mars. Deux attaques la nuit, marquées par la fixité des globes oculaires, la rigidité des membres, complète aux jambes, la perte de connaissance; convulsion de la bouche qui se met de bas en haut. Durée de la première attaque, une demi-heure; de la deuxième, quelques minutes. T. 98°6 F. Ces deux attaques n'ont pas laissé de traces.

18 mars. Séries d'attaques semblables dans la nuit; le matin

la physionomie est moins bonne et la malade n'essaye point de parler.

19 mars. Agitée et bruyante la nuit, sans nouvelle attaque.

20 mars. Diminution de la rigidité aux membres, pupilles égales; ouvre la bouche mais ne peut sortir la langue.

22 mars. Extension possible du bras gauche, qui ne peut être fléchi; le mouvement est revenu en partie dans le bras droit et aux jambes, peut sortir la langue, salit moins sa literie.

26 mars. Amélioration, parle assez distinctement, rit et cause gaiement; sort bien la langue, disparition de la paralysie et de la dyspnée; peut fléchir le bras droit, mais ne peut l'éloigner du corps.

29 mars. A rechuté, aphasique, agitée et gâteuse; parésie généralisée.

31 mars. Nouvelle amélioration, est dans le même état que le 26.

9 avril. Depuis la dernière note, la malade a été bruyante la nuit et a eu en dernier lieu des sueurs abondantes. Aujourd'hui, après le repas du matin, son état s'est aggravé et elle a eu une nouvelle attaque à midi; décubitus latéral droit, respiration stertoreuse, ne reconnaît plus les siens; aphasia complète. Pupilles très contractées, la droite plus grande; paralysie généralisée, disparition de la rigidité et du pouvoir réflexe. La sensibilité de la conjonctive persiste. Après une légère amélioration qui a permis à la malade de prendre son repas du soir, elle a été de nouveau agitée la nuit, puis elle est tombée dans le coma et a succombé le 10 au matin.

L'examen nécropsique, pratiqué le même jour, a fait voir l'opacité et l'épaississement de l'arachnoïde; l'injection et le piqueté de la substance blanche, marqués surtout à la moitié postérieure de l'hémisphère droit, et l'oblitération par un caillot de l'artère basilaire, dans la plus grande partie de sa longueur. La communicante droite est imperforée et convertie en un cordon fibreux. La sylviennne droite est obturée à son origine. L'altération la plus considérable siège au pont de Varole, qui est ramolli et diffuent dans sa partie centrale, mais plus à droite qu'à gauche. Cette lésion présente à l'œil nu et au microscope l'aspect du ramollissement rouge aigu. Notons enfin ailleurs, comme un signe négatif important, le parfait état du cœur, de ses valvules et du système vasculaire en général.

Les notes du trimestre contiennent quelques communications

instructives sur les injections sous-cutanées de morphine, don M. Hack Tuke s'est dernièrement occupé dans un récent mémoire. Le docteur Worthington, médecin adjoint de l'asile de Sussex, a fait des recherches sur les doses. La plus forte dose qui ait été employée dans les vingt-quatre heures, à sa connaissance, est de quatorze grains. On a pu aller jusqu'à quatre-vingt-cinq grains dans une semaine. Cette médication avait été prescrite dans un cas de cancer de l'utérus. Il n'y a pas eu de signe d'intolérance, si ce n'est une constipation opiniâtre. Les injections ont été pratiquées à la partie supérieure du bras et à l'épaule. Le sel employé était l'acétate de morphine.

Le Dr McIntosh, directeur de l'asile de Perth, a rédigé une note assez étendue dans laquelle il a exposé quelques préceptes de pratique. La plus forte dose que ce médecin ait employée a été dix-sept gouttes d'une solution contenant cinq centigrammes d'acétate de morphine pour quinze gouttes de véhicule. Une seule injection a été faite par jour, et l'on a commencé par trois gouttes. Le traitement était complété par l'administration du haschich. McIntosh, proclame l'innocuité de cette méthode. Les injections ont été pratiquées pendant un à deux mois et simultanément chez plusieurs aliénés, et les résultats ont été satisfaisants. Notre confrère recommande d'étudier soigneusement les fonctions physiques des malades avant de les traiter. On reconnaîtra l'état du pouls, de la respiration, de la contraction pupillaire. On évitera surtout de s'en rapporter au témoignage de l'entourage des malades. Les aliénés insomniaques seront injectés à huit heures du soir et devront être examinés au moins deux fois avant dix heures. Quand l'indication n'est pas de faire dormir, le choix de l'heure importe peu, pourvu qu'on évite le voisinage des repas et encore cette précaution n'est pas toujours indispensable. Cette lettre se termine par quelques détails relatifs à l'opération. On devra s'assurer que l'aiguille n'est pas obstruée, que le sel est bien dissous. Il est utile d'ajouter à la solution quelques gouttes d'acide acétique. On fabrique actuellement des instruments perfectionnés d'un usage commode. McIntosh recommande l'emploi d'un petit flacon bouché, muni d'une ouverture à laquelle peut s'adapter la canule de la seringue qui peut ainsi recevoir la quantité de solution indiquée avant que l'aiguille ne soit vissée. M. Hack Tuke a été témoin de quelques expériences peu encourageantes, il faut bien le dire, à l'hôpital saint-Luc dans le service du Dr Mickley. Chez une malade

atteinte de mélancolie puerpérale avec accès d'agitation, l'hydrochlorate de morphine a été porté en 17 jours de un troisième de grain à cinq sixièmes de grain, répétés trois fois dans la journée. Six jours après, vingt centigrammes étaient injectés dans les vingt-quatre heures. Cinq jours plus tard, la dose était portée à vingt-quatre centigrammes, après qu'on eût constaté un résultat favorable. Après deux mois environ de traitement, la dose était de dix-huit centigrammes, répétés trois fois par jour. Il y avait un peu d'amélioration et la malade était somnolente. On suspendit les injections pour les reprendre un mois plus tard, la malade se trouvait de nouveau agitée. On débuta par deux grains qui procurèrent un assoupissement marqué. La tolérance était parfaite, et la malade ne vomit qu'une fois, mais l'état mental empira, et le traitement fut interrompu et ne fut plus repris. Un autre malade mélancolique suicidaire a été calmé par l'acétate de morphine donné d'abord par la bouche, ensuite en injections sous-cutanées, à doses graduelles depuis un demi-grain jusqu'à trois grains par jour, sans inconvénient pour la santé. On dut renoncer à cette pratique, parce que les injections d'abord efficaces avaient cessé de produire l'action désirable.

La *Revue* donne l'analyse des *Lunacy blue books*. Ce recueil comprend : 1° le 32^m rapport des inspecteurs de l'aliénation mentale en Angleterre, imprimé par ordre le 2 août 1878. On y trouve un paragraphe intéressant sur l'asile criminel de Broadmoor.

2° Le 27^e rapport des asiles d'aliénés de districts criminels et privés pour l'Irlande, 1878.

3° Le 20^e rapport annuel de la commission générale des inspecteurs de l'aliénation mentale d'Ecosse, 1878.

Le même chapitre rend compte des ouvrages suivants :

Localisation des maladies cérébrales, par David Ferrier.

Le Darwinisme mis à l'épreuve par le langage, par Frédéric Bateman, avec une préface d'Edouard Meyrick Goulburn.

De l'emploi de l'éducation et de l'école dans le traitement des aliénés dans les asiles publics; par Joseph Lajor.

Handbuch der Geisteskrankheiten (Manuel de maladies mentales), par le Dr H. Schüle.

Aux notes et nouvelles se trouve le compte rendu des séances trimestrielles des associations médico-psychologiques anglaises et écossaises. A Londres, le docteur Crichton Browne occupait le fauteuil présidentiel. La discussion s'est engagée sur un

mémoire du Dr Savage sur l'abus du chloral. Sans empiéter sur l'analyse de ce travail, que nous donnerons prochainement, nous devons constater que le chloral a trouvé de nombreux défenseurs au sein de la société, dans les personnes des Drs Blandfort, Rogers, Parsey, Hack Tuke et Crichton Browne. Le chloral a-t-il une action curative sur la maladie mentale ou agit-il indirectement en procurant le sommeil ? Cette dernière hypothèse est celle qu'adopte le Dr Hack Tuke, dont l'opinion a été vivement combattue par le Dr Savage. L'auteur du mémoire déclare que le sommeil n'est pas indispensable à la cure de l'aliénation mentale, et constate que certains malades frappés d'insomnie guérissent même plus rapidement parfois que d'autres auxquels on procure un sommeil artificiel... Puis on s'est occupé d'un travail du Dr Sutherland sur les variétés de paralysie générale, dans lequel ce médecin étudie les espèces morbides mises récemment en évidence par le Dr Julius Mickle. La fin de la séance a été remplie par quelques réflexions du Dr Sutherland à propos d'une note du Dr Fletcher Beach, sur « deux cas d'aphasie temporaire par commotion à la suite d'une série d'attaques d'épilepsie ». M. le Dr Sutherland pense qu'on pourrait obtenir la mesure de la responsabilité civile des aphasiques en leur imposant une sorte de gymnastique mentale et en soumettant à un examen complet leur état intellectuel, moral et affectif.

L'assemblée d'Edimbourg était présidée par le Dr Jamieson. Le début de la séance a été marqué par la présentation de pièces curieuses d'anatomie pathologique; 1° deux cancers du cerveau (Dr Clouston); 2° un cas d'apoplexie d'un cerveau syphilitique (Dr McLeod) (voir plus haut); 3° des préparations microscopiques du cerveau où se trouvent des éléments non encore décrits (Dr J. Browne); enfin un cerveau présentant des anomalies nombreuses (Dr Clark). Le travail du Dr Inglis sur deux cas d'hystéro-épilepsie, a fourni à plusieurs de nos confrères l'occasion de dire son fait à la métallothérapie, qui a été condamnée avec une douce gaieté. Si l'on en juge par les paroles prononcées par les Drs Jamieson, Ireland et Clouston, cette méthode de thérapeutique n'est pas près d'être admise dans la pratique des médecins du Royaume-Uni. La discussion s'est ensuite portée sur le cas de Simon Fraser, le somnambule dont l'horrible histoire a été rapportée dans notre dernière analyse.

On s'est occupé surtout de l'opportunité de la séquestration de cet homme. M. Clouston a soutenu que Simon Fraser n'é-

taut pas plus aliéné que certaines hystériques extravagantes et que, par conséquent, il devait être laissé libre. Cette manière de voir, point n'est besoin de le dire, a trouvé des contradicteurs.

Les notes et nouvelles contiennent en outre une protestation de notre confrère contre une mesure prise par le secrétaire de l'intérieur, tendant à interdire le moulage, dans un but scientifique, des têtes de criminels. Cette note est très-énergique et très-digne. Son auteur montre combien est préjudiciable cette prohibition aux intérêts de la science mentale.

Nous lisons enfin dans le même chapitre une réponse, ou plutôt une riposte du Dr. Me Dowald au Dr. Fillimore. On se rappelle que ce dernier a fourni des arguments statistiques pour démontrer que l'érysipèle dans les hôpitaux, avait sa source dans les autopsies. M. Me Dowald, qui s'est fait le défenseur de l'anatomie pathologique, affirme au contraire leur innocuité. Il apporte à son tour des chiffres qui le prouvent et bat son adversaire avec ses propres armes.

Brain.

Année 1879 (suite). Numéro V (Avril).

21. Rééducation du cerveau adulte, par William Sharpey.

Il s'agit d'une femme dont l'observation a été recueillie en 1824; elle avait alors vingt-quatre ans. Après une altération insignifiante de la santé générale, on remarqua qu'elle perdait la mémoire, devenait distraite, et succombait, dès qu'elle était inoccupée, à un sommeil entremêlé de sursauts sans réveil (paraissant provoqués par des idées terrifiantes) et dont il était difficile de la tirer. Ces symptômes persistèrent, en s'accusant davantage pendant cinq semaines : au bout de ce temps, elle s'endormit d'un sommeil, dont aucune excitation extérieure ne pouvait la réveiller : pendant ce sommeil, qui dura deux mois, et qui ne fut coupé que par de rares et courts intervalles de réveil spontané, elle mangeait et paraissait distinguer les goûts et les odeurs : les détails de l'observation montrent que l'inconscience ne fut jamais absolue. Lorsqu'elle se réveilla définitivement, le torpeur disparut assez rapidement, mais elle avait littéralement tout oublié; elle avait à l'égard de toutes choses les étonnements d'un enfant; il lui fallut refaire connaissance avec sa famille, apprendre à parler

à écrire, etc. : elle n'avait nul souvenir d'avoir su autrefois toutes ces choses ; mais la facilité avec laquelle elle les rapprochait, montrait bien que la trace des premières acquisitions intellectuelles n'avait pas été complètement anéantie ; on distinguait en outre chez elle quelques idées générales qu'elle n'avait pu acquérir depuis son réveil. — En 1879, on a appris qu'elle avait parfaitement guéri, avait eu une fille, qui vit encore, et avait vécu de la vie commune, sans aucun retour ni aucune trace des symptômes observés en 1824.

22. Observations sur la névrite et la périnévrite de quelques-uns des nerfs crâniens, par Julius Althaus.

Le nerf optique est le seul des nerfs crâniens dont l'inflammation soit bien connue. Le mémoire de M. Althaus contient l'observation détaillée de trois cas dans lesquels il a pu diagnostiquer des névrites intra-crâniennes : dans le premier cas, il s'agit d'une névrite du nerf olfactif ; dans le second, d'une névrite du nerf auditif, et dans le troisième d'une périnévrite du facial. Chaque observation est accompagnée de réflexions intéressantes sur la symptomatologie, la voie suivie pour arriver au diagnostic, le pronostic et le traitement.

23. Vertige auditif, par J. Hughlings-Jackson.

Histoire détaillée de deux cas de vertige auditif venant à l'appui des conclusions formulées par E. de Cyon dans ses « Recherches expérimentales sur les fonctions des canaux semi-circulaires » (Th. de Paris 1878). Dans le premier cas, il s'agit d'un malade atteint de vertige auditif, qui présentait des mouvements saccadés des yeux de gauche à droite, et voyait les meubles de la chambre où il se trouvait animés d'un mouvement de même sens ; il lui semblait en outre que ces objets, une fois passés à droite, revenaient prendre leur place à gauche, pour être de nouveau transportés à droite, et défilait ainsi d'une façon ininterrompue. — Le second cas est celui d'un médecin, qui, à la suite d'une forte détonation, fut et resta tourmenté par des bruits anormaux dans l'oreille droite : on constata en même temps chez lui une tendance marquée à incliner à gauche en marchant, et dans certaines conditions, des troubles assez accusés de l'équilibre.

24. Note sur un mécanisme réflexe de fixation des globes oculaires, par W. R. Gowers.

Chez un malade atteint d'atrophie musculaire progressive,

l'auteur a observé, pendant la dernière semaine de la vie, le fait suivant : si on lui disait de fixer un objet tant soit peu éloigné de celui qu'il regardait, on s'apercevait que la tête était instantanément tournée vers l'objet indiqué, tandis que les yeux restaient fixés sur le premier objet et ne suivaient que tardivement et lentement le mouvement de la tête : cette immobilité momentanée des yeux pendant le mouvement de la tête, implique un mouvement oculaire d'égale puissance, en sens inverse, et non seulement involontaire, mais opposé à la volonté, ainsi qu'au mouvement volontaire habituellement connexe : la source de cette action de résistance n'est donc pas centrale; il faut la chercher dans une impression afférente, et la seule qui puisse être invoquée ici est l'impression visuelle ayant son origine au point de fixation de la rétine. Il y a donc là un mécanisme réflexe, habituellement confondu avec l'acte volontaire, et dont l'existence n'a été révélée dans ce cas, que par la dissociation pathologique des deux phénomènes.

25. *Sur le poids du cerveau et de ses parties constituantes chez les aliénés*, par J. Crichton-Browne.

Pendant son séjour au West Riding Asylum, M. Crichton-Browne a fait d'intéressantes recherches sur le poids du cerveau et de ses diverses portions chez les aliénés : ses observations ont porté sur 400 cerveaux, dont 244 d'hommes et 156 de femmes. Il a pris des dispositions ingénieuses pour écarter diverses causes d'erreur, et il décrit la méthode qu'il a employée, qui est en effet très rigoureuse. Chez les 400 sujets examinés, la mort était due à des causes très diverses : toutefois il a systématiquement écarté de ses recherches les cas de tumeur cérébrale et d'extravasation sanguine récente. Voici les principaux résultats obtenus par l'auteur :

Le poids moyen de la totalité du cerveau (comprenant les hémisphères, le cervelet, le pont de Varole et la moelle allongée), sans distinction d'âge, est, chez l'homme, de 1334.7 grammes, et chez la femme de 1198.5 grammes, ce qui donne comme moyenne générale 1281.6 grammes. C'est ce qui résulte du premier tableau; — le second tableau donne le poids moyen des différentes parties du cerveau relativement au poids total supposé égal à 1000 grammes. — Le tableau III montre que le poids moyen du cerveau de l'homme excède de 136.2 grammes le poids de celui de la femme.

Le cerveau atteint son maximum de volume et de poids de trente à quarante ans chez l'homme, de vingt à trente ans chez la femme : à partir de ces dates, son volume diminue comme son activité. — Dans les deux sexes, et à tous les âges, entre vingt et quatre-vingts ans, l'hémisphère *droit* est plus lourd que le gauche, résultat contraire à l'opinion de Brown-Sequard et de Boyd, conforme en revanche à celle de Wagner et de Thurnam. Le tableau IV, portant sur trente-deux cas de formes aiguës d'aliénation, montre que l'infériorité pondérale de l'hémisphère gauche n'est pas due, comme on aurait pu le penser, à une atrophie de cet hémisphère (tenu pour actif par excellence) causée par des lésions anciennes : dans ces cas en effet, l'hémisphère droit est encore le plus lourd. — Le tableau V confirme encore les données précédentes.

Le poids moyen du cervelet est de 451.4 grammes chez l'homme et de 435.7 chez la femme. — La protubérance et la moelle allongée gardent, à partir du moment où leur développement est complet, un poids sensiblement constant.

Le tableau VI donne le poids moyen du cerveau et de ses diverses parties dans 400 cas répartis suivant vingt-trois formes de maladies mentales. On y constate, dès le premier coup d'œil, que l'aliénation mentale, d'une façon générale, s'accompagne, quand elle aboutit à la mort, d'une diminution de poids du cerveau; en second lieu, si l'on ramène les vingt-trois formes considérées à ces trois rubriques plus simples dans leur généralité : faiblesse mentale, exaltation mentale, dépression mentale, on voit que dans le premier cas le poids moyen du cerveau entier est beaucoup plus faible (1263 gr.) que dans les deux derniers (1344.4 gr. dans l'exaltation, et 1331.2 dans la dépression).

En ce qui touche le poids comparé des hémisphères dans les vingt-trois formes étudiées, les résultats obtenus sont les suivants : 1^o Chez les idiots, l'hémisphère cérébral droit est plus lourd que le gauche dans les deux sexes. — 2^o Dans la démence sénile, il en est de même. — 3^o Dans la démence simple et aiguë, l'hémisphère gauche est plus lourd dans les deux sexes. — 4^o Dans la démence paralytique et épileptique, l'hémisphère droit est le plus lourd chez l'homme; les deux hémisphères sont presque égaux en poids chez la femme. — 5^o Dans la manie chronique, l'hémisphère droit est notablement plus lourd que le gauche dans les deux sexes. — M. Crichton-Browne fait toutefois observer que le nombre des cas sur lesquels

il a opéré est trop restreint pour que les conclusions précédentes puissent être considérées comme définitives.

Dans la démence paralytique, le cervelet ne participe pas d'une façon proportionnelle, — il s'en faut de beaucoup, — à l'atrophie que subit le cerveau ; — dans l'épilepsie, le poids du cervelet est extraordinairement petit ; on peut toutefois se demander s'il n'y a pas là un arrêt de développement. — Dans la manie aiguë des deux sexes, cet organe a un poids considérable.

Les variations de poids de la protubérance et de la moelle allongée restent peu accusées, quelle que soit la forme de l'aliénation mentale.

Chez les aliénés morts phthisiques, le poids du cerveau accuse un certain degré d'atrophie (tableau VII). Le tableau VIII donne le poids moyen de la totalité du cerveau dans soixante cas, des deux sexes ; le tableau IX indique le poids des diverses parties du cerveau relativement au poids total de cet organe, dans les mêmes soixante cas. On y constate que le poids relatif des lobes frontaux est très considérable ; il représente environ les deux cinquièmes du poids total de l'hémisphère (il est entendu que l'insula de Reil est comprise dans le lobe frontal) : cette proportion est sensiblement la même dans les deux sexes. — Le lobe pariétal gauche (qui, étant donné le procédé de délimitation des lobes de l'auteur, contient la plus grande partie de l'aire motrice de Ferrier), est plus lourd que le droit.

Numéro VI (Juillet).

26. *Expériences de psychométrie*, par Francis Galton.

L'auteur résume en quelques lignes, dont voici la substance, le contenu et le but de son travail : Il y a des couches entières d'opérations mentales, échappant à la conscience ordinaire, que l'on peut faire naître, enregistrer, et soumettre à la statistique ; l'obscurité qui accompagne les premiers progrès de la pensée, peut ainsi être dissipée. L'auteur donne ensuite la mesure numérique dans laquelle ces associations surgissent, leur caractère, la date de leur formation primitive, leur tendance à se reproduire et leur prééminence relative. Ses expériences montrent la multiplicité du travail accompli par l'esprit dans un état de demi-inconscience, et donnent de sérieux motifs de croire à l'existence de couches d'opérations mentales encore plus profondes, enfouies bien au-dessous du niveau de

la conscience, et capables d'expliquer des phénomènes mentaux, qui seraient inexplicables autrement. Nous découvrons ainsi le nombre incroyable de nos associations mentales ; mais nous apprenons aussi combien leur variété est loin d'être infinie. Notre stock actif d'idées est étroitement limité, mais notre esprit y a continuellement recours dans la conduite de ses opérations.

27. *De l'excitabilité électrique de la peau*, par S. Tschiriew (de Saint-Petersbourg) et A. de Watteville.

Travail de physiologie très intéressant dans lequel les auteurs se sont proposé un triple but : 1° indiquer les conditions que doit remplir toute méthode rationnelle qui prétend donner des résultats exacts relativement à l'excitabilité électrique des nerfs cutanés ; ces conditions dépendent en partie de la façon dont se comporte le courant électrique, en partie aussi de certaines particularités anatomiques de la peau ; — 2° faire, à l'aide des principes proposés, l'étude critique des principales méthodes adoptées jusqu'ici pour l'appréciation de la sensibilité électrique ; — 3° proposer une méthode nouvelle, plus simple et plus rationnelle et signaler quelques-uns des résultats qu'on a déjà retirés de son application.

28. *Les symptômes oculaires dans l'ataxie locomotrice*, leçon clinique, par T. Grainger Stewart.

L'auteur divise les symptômes oculaires, si fréquents dans l'ataxie, en quatre groupes principaux : le premier groupe comprend la diplopie, le strabisme et le ptosis, symptômes bien connus, dans lesquels il faut voir une manifestation locale de la tendance générale aux paralysies temporaires. — Le second groupe est constitué par les modifications de la pupille, mydriase, myosis, inégalité pupillaire (signalée par Charcot) : à ces symptômes s'en ajoute un autre, que M. Grainger Stewart estime trop peu connu, et qu'on appelle en Angleterre le « symptôme d'Argyll Robertson », du nom du médecin qui l'a le premier observé et décrit en 1869 : il consiste en l'absence de toute contraction de la pupille exposée à la lumière, le mouvement et l'accommodation étant d'ailleurs normalement conservés ; ce signe est assez fréquent, puisque l'auteur l'a observé huit fois sur vingt cas. — Le troisième groupe comprend l'amblyopie et l'amaurose, et le quatrième la cécité des couleurs.

29. *Remarques sur la paralysie bulbaire, principalement dans ses rapports avec l'alimentation artificielle*, par Thomas Stretch Dowse.

L'auteur estime que la paralysie bulbaire est une affection des plus rares, et que, dans la pratique, on la confond souvent avec des paralysies d'une autre origine, et il donne à cet égard d'utiles indications diagnostiques. Mais le point sur lequel il insiste, et a insisté, dit-il, depuis longtemps d'une façon toute particulière, c'est la nécessité d'avoir recours à l'alimentation par la sonde avant que la déglutition ne soit devenue impossible, sitôt qu'elle est gênée, ce qui n'implique nullement d'ailleurs que l'on doive, en même temps et tout à coup, renoncer à l'alimentation naturelle. — Au point de vue de la méthode à employer, il donne la préférence à la voie nasale et à la sonde, ou mieux encore, à un simple tube en caoutchouc que le malade apprend facilement à avaler.

30. *Du vomissement dans ses rapports avec les maladies cérébrales*, par David Ferrier.

M. Ferrier passe d'abord en revue les principales conditions dans lesquelles on observe habituellement le vomissement, en dehors de toute affection cérébrale, et se propose ensuite de rechercher s'il y a quelque rapport, — et, en ce cas, quel rapport, — entre ces diverses formes de vomissement et le vomissement cérébral.

Beaucoup d'affections organiques graves du cerveau ne comptent pas le vomissement parmi leurs symptômes. Celles où on le rencontre de préférence sont celles où prédomine la céphalalgie (Voy. ci-dessus, dans le n° IV, l'analyse du précédent travail de l'auteur); ce sont par conséquent les cas où il existe une irritation des nerfs des membranes cérébrales, par exemple la méningite et les tumeurs du cerveau, quel que soit leur siège. Rien ne prouve que les lésions droites soient, comme le pense Budge, plus souvent accompagnées de vomissements que les lésions gauches. — Rien ne prouve non plus que l'irritation directe pure et simple de la substance cérébrale soit capable de provoquer le vomissement.

La céphalalgie et le vomissement ne sont pas en relation proportionnelle directe; mais une douleur de tête intense peut, comme toute autre douleur, amener le vomissement: vomisse-

ment et céphalalgie peuvent d'autre part se succéder ou se suppléer.

Il y a lieu de croire que le vomissement peut être provoqué par une irritation d'ailleurs insuffisante pour causer de vives douleurs.

Le vomissement par irritation des membranes du cerveau peut être dû au même processus d'irradiation que les autres vomissements résultant d'irritations viscérales étrangères à l'estomac. Il est possible que, dans certains cas, on puisse invoquer un autre mécanisme : il se peut, par exemple, que les lésions qui affectent les centres de l'équilibre (cervelet, tubercules quadrijumeaux) donnent lieu à des nausées, par l'intermédiaire du vertige. Toutefois l'irritation des membranes rend compte de la plupart des faits d'une façon satisfaisante.

D^r DE MUSGRAVE CLAY.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons orales sur les phrénopathies, ou traité théorique et pratique sur les maladies mentales. — Cours donné à la clinique des établissements d'aliénés de Gand; par J. Guislain, professeur à l'Université de Gand, avec 54 figures, un plan général et le plan de l'hospice Guislain actuel; 2^e édition, publiée par les soins du docteur B. C. Ingels, médecin en chef de l'hospice Guislain à Gand. (Paris, 1880, J. B. Baillière.)

L'analyse de la première édition fut faite en 1852, par Morel, et on peut la retrouver dans les *Annales* d'octobre de cette année. Il donna à ce travail tout le soin qui caractérisait la moindre de ses œuvres et aussi toute l'impartialité désirable, bien que de son côté il eût, au même moment, à supporter la critique pour son traité théorique et pratique des maladies mentales.

Sur certaines questions Guislain ne se prononça pas d'une manière assez décisive, assez dogmatique; les preuves étaient trop disséminées. La forme des leçons cliniques empêche peut-être cette concentration des idées que l'on peut se permettre avec plus de force et de latitude dans un traité exclusivement théorique.

« Ce que l'auteur n'a pu faire dans ce sens, dit Morel, sera fait par lui dans un ouvrage ultérieur. Je n'accepte pas l'augure, qu'il m'annonce dans une lettre, d'un repos définitif. M. Guislain est un athlète trop vigoureux pour songer à se retirer de la lice. Il y a dans les profondeurs de cette nature flamande, trop d'élan, trop d'aspiration, pour ne pas venir apporter encore une pierre à l'édifice de la science qui fait l'objet de nos études, de nos recherches et de nos méditations collectives. »

Mais, dès ce moment, Guislain était surmené d'esprit et de corps par des occupations officielles diverses et par des devoirs multiples. Il menait, disait-il, une vie de galérien, contraire à ses goûts de solitaire et de rêveur. Les dernières années de sa vie furent toutes de souffrance, de lassitude, de malaise hypochondriaque et cérébral. Un étranglement intestinal l'em-

porta le 4^e avril 1860. « On peut affirmer, dit M. Brierre de Boismont, que cet homme justement célèbre, dont le souvenir paraît s'affaiblir en France parce qu'il n'y est pas né, a tracé un large sillon dans le champ de la véritable observation. Son malheur est d'avoir disséminé dans ses écrits et surtout dans ses leçons la masse de ses observations et de ses réflexions, et de n'avoir pas eu le temps de publier une seconde édition de cet ouvrage, dont il avait préparé les notes. »

C'est le docteur Ingels, son successeur à l'établissement d'aliénés de Gand, appelé Guislain depuis sa reconstruction, qui a pris soin de faire revivre l'œuvre du maître. Il y aurait eu assurément grande perte pour la science mentale à ce qu'il n'en ait pas été ainsi. Il a profité des nombreuses notes préparées par Guislain lui-même en vue d'une publication nouvelle de son ouvrage dont les exemplaires commençaient à devenir rares déjà de son vivant; il les a introduites dans le texte comme Guislain l'eût fait lui-même, s'il lui avait été donné de compléter son œuvre. Il a agi pareillement pour les conquêtes nouvelles faites par la science depuis la mort du maître, lorsqu'elles cadraient avec ses idées; dans le cas contraire il les a données en note. Il a tenu, avant tout, à reproduire dans cette seconde édition l'œuvre de Guislain avec sa physionomie propre, dans son fond comme dans sa forme, en y intercalant les modifications indiquées par l'auteur lui-même ou nécessitées par le progrès de la science.

M. le docteur Ingels a tenu à reproduire l'œuvre de Guislain avec toute sa physionomie propre; il ne s'est pas écarté de sa ligne de conduite, il a respecté le travail original; et il est de toute évidence que nous ne retrouvons en plus, dans la seconde édition, que de nouvelles lignes éparses, mais surtout une bibliographie complète et bien développée.

La première analyse de Morel aurait par suite la même valeur encore aujourd'hui et l'étude de M. Brierre de Boismont sur Guislain, sa vie et ses écrits, serait dans le même cas. En raison de ses travaux antérieurs, nous passerons spécialement en revue quelques chapitres des *Leçons orales*, et nous donnerons le plus succinctement possible une courte analyse du reste.

Les *Leçons orales* forment dans leur ensemble un traité complet des maladies mentales, et dans la disposition des leçons, est gardée, à peu de chose près, la suite que pourrait avoir un livre purement théorique.

En effet, Guislain commence par indiquer l'état d'hospitalisation des aliénés en Belgique, les obstacles que l'on rencontre pour le placement de ces malades. Il recherche ensuite l'individualité morbide, donne les meilleurs préceptes sur l'examen des aliénés et il essaie d'établir une démarcation entre la raison et la folie. Il fait ressortir les difficultés, d'une définition et il arrive à celle-ci : « C'est un dérangement des facultés mentales morbide, apyrétique, chronique, qui ôte à l'homme le pouvoir de penser et d'agir librement dans le sens de son bonheur, de sa conservation et de sa responsabilité. »

Guislain, après avoir cherché à réformer les termes en faisant du mot *μην* un radical s'adaptant partout, tient cependant à se servir encore du langage employé par la majorité des aliénistes; il donne néanmoins l'énumération des mots qui lui conviendraient le mieux. C'est ainsi qu'il propose phrénologie pour psychologie; phrénopathie pour maladie mentale, psychose psychopathie, phrénalgie pour mélancolie, lypémanie; hyperphrénie et hyperphrénopathie pour exaltation des actes intellectuels, passions, manie; phrénoplexie pour commotion morale, extase; idéophrénie pour délire; aphyrénie pour absence des facultés morales et intellectuelles; phrénatrophie pour idiotie; phrénésie pour inflammation du cerveau, des méninges, inflammation aiguë et accompagnée de transports furieux, etc.

Il n'y a certes aucun mal à ce qu'il y ait dans notre langue des mots qui reflètent l'infinité des nuances malades du *μην*, mais une plus grande multiplicité que celle qui existe déjà, et un usage non méthodique de tous ces termes engendrerait peut-être davantage l'équivoque et la confusion dans nombre de cas.

Pour sa classification, Guislain adopte six formes élémentaires : mélancolie, extase, manie, folie, délire, démence. Il fallait bien s'attendre à trouver une classification nouvelle dans ce travail, puisque chaque auteur a tenté la sienne.

Au sujet de l'extase, il dit : « Il est étonnant que les auteurs français n'aient pas fait mention de cette maladie. La confondrait-on avec stupidité ? » « Non, répond Morel, et si nous n'en faisons pas mention, c'est que nous regardons l'extase comme un phénomène apparaissant dans diverses formes d'aliénation. » Malgré cette critique, Guislain n'a pas modifié les pages écrites sur l'extase et on retrouve dans la deuxième édition le même chapitre et les mêmes termes.

Après sa classification, il fait des distinctions multiples parmi

ses divisions élémentaires; il crée de nouveaux types s'appuyant sur des associations et des transformations.

La description de la paralysie générale est faite dans une division d'un des six types fondamentaux composant ses genres de vésanie, la démence. Néanmoins, il reconnaît que cette affection peut exister sans aliénation mentale, et il se demande de même que les observateurs de notre temps, s'il n'y a pas lieu d'en faire une entité morbide spéciale. En cela il est en conformité d'idées avec MM. Baillarger et Lunier, et aussi avec les travaux plus récents de M. Douthente. « Nous ne comprenons plus, dit ce dernier, les rapports de la paralysie générale avec les vésanies; celles-ci appartiennent encore au groupe vague des névroses, et la paralysie générale ne peut plus y être rattachée depuis que nous en connaissons le processus morbide et les lésions anatomiques. » (*Annales*, mars et mai 1878). Les paralytiques sont bien présentés par Guislain, bien dessinés, et les considérations générales qui se rattachent à ces malades ont une grande valeur d'appréciation clinique.

Quant à son anatomie pathologique, si on prend en considération les études plus récentes sur la structure histologique du cerveau, notamment les travaux de M. Luys, de His, de Meynert, les données microscopiques de Guislain paraissent quelque peu vagues et incomplètes. Dans l'étude du ramollissement cérébral il a confondu les lésions propres à la paralysie générale avec celles d'autres affections cérébrales; il n'est pas entré dans des détails encore trop peu connus à l'époque où il écrivait son livre. On doit cependant admirer la netteté des vues théoriques qu'il présente, et reconnaître qu'il est peut-être l'observateur qui s'est le plus rapproché de la vérité en plaçant le point de départ de l'affection dans les capillaires de la couche corticale du cerveau et leur membrane adventice d'enveloppe. Malgré tout, sur le terrain des lésions anatomiques, on retrouve Guislain avec sa vaste expérience, fruit de tant de recherches entreprises sur le cadavre avec son admirable tact dans l'interprétation des faits pathologiques.

Toutes les aliénations, dit Guislain, peuvent parcourir leurs différentes périodes sans présenter après la mort aucun signe d'une altération anatomique; le scalpel, d'autre part, ne m'a pas permis de déterminer la nature de l'aliénation mentale par l'inspection des viscères. Pinel avait dit aussi qu'on ne pouvait pas établir de liaison entre les apparences cadavériques et les lésions des fonctions intellectuelles observées pendant la vie.

Aujourd'hui cependant la tendance est de rechercher les lésions pathologiques produisant toujours les mêmes phénomènes psychiques; celle voie a du succès et est en progrès réel, témoins les nombreux mémoires spéciaux qui paraissent, et les nouveaux traités de pathologie mentale. C'est aussi comme pour faire revenir de ces idées émises autrefois, que la Société de médecine de Gand propose de son côté, pour sujet du prix Guislain, la question suivante, contrepartie des énoncés de l'aliéniste belge : Etablir par des faits cliniques les relations existant entre les lésions cadavériques trouvées chez les aliénés et les symptômes psychiques qu'ils ont présentés. Déterminer jusqu'à quel point les données acquises sous ce rapport peuvent être utilisées pour caractériser certaines formes de maladies mentales et servir de base à une classification méthodique.

Dans les leçons qui ont trait à l'étiologie, Guislain étudie la prédominance de l'affection morbide des sentiments, la puissance de la douleur, l'influence de la civilisation et les différences des passions chez les peuples civilisés et chez les peuples sauvages, et enfin la prédominance des causes morales.

L'influence héréditaire est exposée dans d'excellentes pages. Le tableau que Guislain en fait est bien sombre. Les individus prédisposés ont beau fuir tout ce qui pourrait leur être nuisible, la maladie, quand l'époque fatale est là, apparaît très souvent en dépit du meilleur régime auquel on se soit soumis. Morel, dans son analyse de 1852, n'a eu aucune critique à adresser à Guislain au sujet de l'hérédité, car ils semblent presque toujours marcher d'accord et avoir émis souvent des idées identiques, Guislain en les énonçant seulement, Morel en les détaillant. Néanmoins celui-ci est parfois plus consolant. Il peut arriver, dit-il, que la bonne santé d'un des conjoints fasse antagonisme aux conditions morbides de l'autre, et qu'en définitive la race, loin de déchoir, tende à remonter vers un type supérieur. Les tares physiques ou morales, causes d'hérédité dans le sens de l'aliénation mentale, ont été bien déterminées par tous les deux, et Guislain a fait une esquisse des types dissemblables et disparates dans une même famille, sujet que Morel devait traiter avec ampleur, et qu'un de ses élèves, M. le Dr Doutrebente, devait reprendre dans une partie d'un travail très-intéressant qui obtint le prix Esquirol en 1868.

Guislain consacre quelques chapitres aux folies diathésiques, à l'influence de la douleur dans la genèse du délire; il fait une large part aux causes occasionnelles et prédisposantes des maladies mentales, à l'utilité qu'il y a d'établir une bonne pathogénie, à l'étude du siège différentiel de ces maladies et au pronostic de ces difficiles affections.

Persuadé que l'aliéné est un malade très-intéressant sur lequel on doit veiller avec la plus constante sollicitude, Guislain passe en revue les moyens que son expérience lui a démontrés les plus propres à obtenir sa guérison. L'asile est à ses yeux le premier de tous. Cette conviction, il la tire de la connaissance du foyer domestique, où il découvre très souvent la cause du mal, de l'impossibilité d'y soigner d'ordinaire l'aliéné, des dangers qu'il y court et qu'il peut faire courir aux autres.

Mais si l'asile lui paraît la base du traitement, il a soin d'indiquer, en connaissance de cause, les cas où l'isolement convient et ceux où il serait préjudiciable. Lorsque l'aliéné doit être maintenu, il conseille indépendamment des conditions particulières de l'asile, de fonder dans son voisinage de petites colonies ou fermes agricoles, confiées à des agriculteurs, dans lesquelles les malades inoffensifs seraient placés sous la surveillance du médecin en chef.

En prescrivant ses moyens de traitement, il énumère avec sobriété les agents thérapeutiques que l'expérience a sanctionnés. A propos du bromure de potassium, la méthode de M. Legrand du Saulle, à l'égard des épileptiques, est déjà citée, méthode dont un de ses élèves, M. Ferrand, vient de rendre compte dans une thèse soutenue à la Faculté de Paris.

Pinel a, le premier, conçu l'idée de renoncer aux moyens de contrainte à l'égard des aliénés, mais seulement aux moyens barbares employés avant lui; il a eu l'honneur d'être représenté dans un tableau émouvant d'un des derniers salons, faisant tomber les fers des aliénées de la Salpêtrière, et un bronze qui sera bientôt élevé à sa mémoire, perpétuera ses glorieuses inspirations. Conolly, en Angleterre, lança un fondroyant anathème contre les agents de coercition. Guislain n'est pas partisan du no-restraint, et il énumère tous les cas qui conviennent à l'emploi modéré, sage et raisonné de la camisole. Il est d'accord en cela avec la majorité des aliénistes français, qui savent n'en user que dans le but de protéger le malade lui-même ou de protéger son entourage. C'est ce qui ressort d'ail-

leurs d'une longue discussion qui eut lieu à la Société médico-psychologique.

L'alimentation forcée est passée en revue dans ses différents moyens; mais les *Leçons orales* ont été rééditées trop tôt pour qu'il y ait été fait mention de l'appareil du docteur Régis, appareil facilement maniable pour pouvoir démontrer instantanément s'il n'y a pas eu fausse route. Guislain fait remarquer que l'état de l'estomac empêche quelquefois l'aliéné de tirer profit de l'ingestion forcée. il conseille alors les lavements nutritifs, mais sans grande confiance. Il est certain qu'aujourd'hui on doit être moins réservé sur la valeur de ce procédé depuis que le docteur O. Chevalier a préconisé l'emploi des peptones et que M. Lailler a fourni les indications pour la fabrication rapide des peptones de viande assimilables.

Enfin l'aliéniste belge recommande surtout de se servir des sentiments à l'égard des aliénés, de la méthode moralisatrice qu'il nomme une seconde éducation, et il n'a garde d'oublier le travail qui est pour lui un puissant auxiliaire du traitement.

Guislain eut de son temps une tâche immense à remplir; il dut organiser les asiles belges, au nombre de soixante, donner tous les conseils et dresser tous les plans pour l'érection de l'asile actuel de Gand. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner qu'à la fin de ses leçons, il ait cherché à inculquer à ses auditeurs des idées rationnelles sur la construction des établissements spéciaux et sur tous les détails du service médical et administratif d'un asile d'aliénés. Ce qu'il a dit à ce sujet serait encore accepté aujourd'hui pour une grande part.

Les *Leçons orales* rééditées sont une œuvre clinique importante. Il est aisé d'après M. Brierre de Boismont de les apprécier en quelques mots : « Elles sont la photographie la plus complète de l'aliénation mentale, et en y regardant de près, on y découvrirait les linéaments de beaucoup de bons travaux de ces dernières années. Guislain a fait faire un grand pas à la science de l'aliénation mentale, mais il est plus observateur et clinicien que théoricien. »

D^r A. BIAUTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Les maladies de la mémoire; par M. Ribot; Paris, 1884, chez Germer-Baillière; vol. in-48; prix 2 fr. 40.

— Le domaine de la statistique; par M. le D^r Bourdin; Paris, 1881; br. in-8.

— Sur quelques expériences relatives à l'action physiologique de l'erythrina corallodendron; par MM. Rochefontaine et Ph. Rey; Paris, 1884; br. in-4.

— Réflexions sur quelques cas de méningite guéris chez des enfants; par M. le Dr R. Blache; Paris, 1884; br. in-8.

— L'électricité statique et l'hystérie; par M. le Dr A. Arthuis; Paris, 1884; br. in-8.

— Le sommeil et l'insomnie; étude physiologique, clinique et thérapeutique; par M. le Dr Marvaud; Paris, 1884; br. in-8 de 437 pages; prix, 3 fr. 50, chez J. B. Baillière.

— Asile d'aliénés de Quimper; étude sur l'approvisionnement de la viande de boucherie; avantages et inconvénients de l'abatage à l'asile; par M. le Dr Baume; Quimper, 1884; br. in-8.

— Considérations médico-légales sur la responsabilité des faibles d'esprit; par M. le Dr Parant; Toulouse, 1884; br. in-8.

— Etude sur la volonté et le libre arbitre; par M. le Dr Leblois; Paris 1884; br. in-32.

— Traité clinique et pratique des maladies mentales; par M. le Dr J. Luys; Paris, 1884; vol. in-8 avec 27 figures intercalées dans le texte et 40 planches coloriées photo-micrographiques, prix 17 fr.; chez Delahaye et Lecrosnier.

— Conditions requises pour réussir dans l'éducation des imbéciles; par M. le Dr David Brodie; traduit de l'anglais; par M. le Dr Ingels; Bruxelles, 1884; br. in-8.

— Maison de santé de Préfargier; 31^e rapport annuel (1880); par le Dr Chatelain; Neuchâtel, 1884; br. in-8.

— Thirty-eighth report of the managers of the state lunatic asylum, Utica; par M. le Dr P. John Gray; Albany, 1884, br. in-8.

— Forty-sixth annual report (1880) of the Waterford district lunatic asylum; par M. le Dr Atkins; Waterford, 1884; br. in-8.

— General paralysis of the insane; par M. le Dr Julius Mickle London, 1880; vol. in-8.

— Congrès périodique international des sciences médicales; 6^e section, Amsterdam 1879; section de psychiatrie, discours d'ouverture, par M. le Dr Ramaër; über die Pflichten des Staates in Bezug auf die Geisteskranken (des devoirs de l'Etat envers les aliénés); br. in-8.

— Du poids des aliénés; par M. le Dr Widmer; Lausanne, 1884; br. in-8^o.

— Asile d'aliénés de Cadillac; compte rendu médical pour l'année 1880; par M. le Dr Campan; Bordeaux, 1881; br. in-8^o.

— Considérations cliniques sur la folie épileptique et particulièrement sur l'aura, par M. le Dr Aris; thèse de Paris, 1881; br. in-8^o.

— Hallucinations dans la paralysie générale; observations; par M. le Dr Girma; thèse de Paris, 1884; br. in-8^o.

— De la narcolepsie; par M. le Dr Gélinau; Surgères 1881; br. in-8^o.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— Par décret du Président de la République, en date du 13 juillet 1884, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, a été promu au grade de chevalier de la Légion d'honneur : M. CAVALIER (Henri-Lucien), professeur à la faculté de médecine de Montpellier, 32 ans de services (comme médecin du quartier d'aliénés de Montpellier), dont 24 à la faculté de Montpellier.

— Par arrêté du président du conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, M. le Dr Billod, directeur-médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés de la Seine, a été chargé d'une mission en Italie, à l'effet d'y étudier l'organisation de l'enseignement des maladies mentales et nerveuses.

— *Arrêtés du 25 juin 1884 :*

M. le Dr Philippe-Marius REY, ancien interne des asiles de la Seine, a été nommé médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard (place créée) et placé dans la deuxième classe de son grade (2,500).

M. le Dr BOUDRIE, médecin adjoint de l'asile de Vaucluse (Seine), a été promu à la deuxième classe de son grade (2,500) pour prendre rang à partir du 4^{or} avril 1884.

— *Arrêté du 28 juillet.* M. le Dr Louis CAMUSET, interne de l'asile de Bonneval, a été nommé médecin adjoint de l'asile de Vaucluse (place créée) et placé dans la deuxième classe de son grade (2,500).

— *Arrêté du 30 juillet.* M. le Dr BOUTELLE, médecin en chef de la section des hommes à l'asile de Marseille, a été nommé directeur-médecin de l'asile de Toulouse, en remplacement de M. le Dr Marchant, décédé.

— *Arrêté du 19 août.* M. le Dr POIS, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord), est nommé médecin de la section des hommes de l'asile de Marseille.

— *Arrêté du 20 août.* M. MIREPOIX, ancien receveur des finances, est nommé directeur de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), en remplacement de M. Giraud, décédé, et placé dans la 2^e classe de son grade (6,000 fr.).

— *Arrêté du 27 août.* M. le Dr BAYLE, médecin en chef de l'asile de La Cellette (Corrèze), est nommé médecin en chef de l'asile de Bailleul et placé dans la 4^e classe de son grade (4,000 fr.).

— Par arrêté de M. le Ministre de l'intérieur en date du 20 août 1881, ont été promus pour prendre rang à partir du 4^{er} septembre 1884 :

— A la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.), M. le Dr BRUNET, directeur-médecin de l'asile d'Evreux.

— A la première classe (7,000 fr.) MM. les Drs DUBIAU et VIRET, directeurs-médecins des asiles d'Armentières et de Prémonturé et LEBÈGUE, directeur de l'asile de Bron (Rhône).

— A la deuxième classe (6,000 fr.), MM. les Drs BECOULET, directeur-médecin de l'asile de Dôle et MAX SIMON, médecin en chef de l'asile de Bron.

— A la troisième classe (5,000 fr.), M. le Dr Albert GIRAUD, directeur-médecin de l'asile de Fains (Meuse).

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique, le 2 août dernier, sous la présidence de M. H. Roger, président pour l'année 1880. Après la lecture du rapport général sur les prix faite par M. Bergeron, M. le président a proclamé les noms des lauréats. Voici les résultats des concours sur les questions relatives aux maladies mentales et nerveuses.

PRIX CIVRIEUX. — Question proposée : *Du rôle du système nerveux dans les maladies du cœur.*

Ce prix était de la valeur de 4,500 francs.

Trois mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr LUGÉOIS (Charles-Auguste), médecin à Bainville-aux-Saules (Vosges), auteur du mémoire inscrit sous le n° 4^{er}, portant pour épigraphe : *Savoir, c'est connaître la cause.* (Aristote.)

Elle accorde :

1^o Une première mention honorable à M. le Dr ARNAUD (Henri-Marius), médecin à Beauvoisin (Gard), pour son mémoire inscrit sous le n° 3, avec cette épigraphe : *Laboremus.*

2^o Une deuxième mention honorable à M. le Dr LAMARRE (Edouard), médecin de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, pour son mémoire portant pour épigraphe : *Travaillez, prenez de la peine,* inscrit sous le n° 2.

PRIX GODARD. — Ce prix de la valeur de 4,500 francs, destiné au meilleur ouvrage sur la *Pathologie interne*, n'a pas été décerné ; mais diverses récompenses ont été accordées, parmi lesquelles nous en remarquons une de 600 francs, à M. le Dr GRASSET, de Montpellier, pour ses travaux sur les *localisations des maladies cérébrales et les maladies du système nerveux.*

PRIX FALRET. — Question : *De la folie désignée sous les dénominations de : folie circulaire, folie à double forme, folie à formes alternes.* Les concurrents devaient réunir dans leur travail le plus grand nombre d'observations cliniques.

Ce prix est de la valeur de 4.500 fr.

Quatre mémoires ont concouru.

L'Académie décerne un prix de 4,000 francs à M. le Dr RITTI

(Ant.), médecin de la maison nationale de Charenton, auteur du mémoire inscrit sous le n° 5 ayant pour épigraphe : *Ceci est pure folie! et son accès va le travailler pendant quelques heures. Puis aussi patient que la colombe, dont la couvée dorée vient d'éclore, il tombera dans un silencieux abattement.* (Shakespeare, *Hamlet*, scène XIX.)

Elle accorde en outre une récompense de 500 francs à M. le Dr A. MORDRET, médecin en chef de l'asile de la Sarthe, au Mans, pour son mémoire inscrit sous le n° 4, ayant pour épigraphe : *Il n'y a aucune forme de manie qui ne puisse être réunie à une autre quoique d'un aspect tout différent.*

Prix proposés pour l'année 1882.

PRIX CIVRIEUX. — Question : *Recherches sur l'ataxie locomotrice.*

Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

PRIX FALRET. — Question : *Des vertiges sans délire.* Il sera de la valeur de 1,500 francs.

NOTA. — Les mémoires ou les ouvrages pour les prix à décerner en 1882 devront être envoyés à l'Académie avant le 1^{er} juillet de l'année 1882. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

Concours pour les prix de 1881.

Parmi les mémoires et ouvrages que l'Académie de médecine a reçus pour concourir aux prix de 1881 nous remarquons les suivants :

PRIX CIVRIEUX. — Deux mémoires.

N° 1. — « L'hystérie, l'épilepsie et la folie sont liées entre elles par des rapports intimes. »

N° 2. — « L'épilepsie est, de toutes les névroses, celle avec laquelle il est le plus facile de confondre, et avec laquelle on a le plus souvent confondu l'hystérie. »

PRIX LEFEBVRE. — Deux mémoires :

N° 1. — « Laboremus. »

N° 2. — « Statuar tumulto non moestus et atrox sed hilarus. » (Tacite.)

PRIX SAINT-LAGER. — Néant.

PRIX ALFARO. — Un seul mémoire.

N° 1. — « L'aliéné est un malade. »

PRIX DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

1881-1883 (prix fondé par un anonyme). — « Elucider par des faits cliniques et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie. »

Prix : 8,000 fr. — Clôture du concours : 31 décembre 1883.

Des encouragements de 300 à 4,000 fr. pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense.

Une somme de 25,000 fr. pourra être donnée, en outre du prix de 8,000 fr., à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

LOI DU 20 AVRIL 1884 TENDANT A AUTORISER LE DÉPARTEMENT DE LA HAUTE-MARNE A CONTRACTER UN EMPRUNT POUR L'AMÉLIORATION DE L'ASILE DES ALIÉNÉS.

Art. 4^{er}. — Le département de la Haute-Marne est autorisé, conformément à la demande que le conseil général en a faite, à emprunter, à un taux d'intérêt qui ne pourra dépasser quatre et demi pour cent (4 1/2 p. 100), une somme de trois cent mille francs (300,000 francs) applicable à l'amélioration de l'asile d'aliénés de Saint-Dizier.

Cet emprunt pourra être réalisé soit avec publicité et concurrence, soit de gré à gré, soit par voie de souscription, avec faculté d'émettre des obligations au porteur ou transmissibles par voie d'endossement, soit directement auprès de la caisse des dépôts et consignations ou de la société du Crédit foncier.

Les conditions des souscriptions à ouvrir ou des traités à passer de gré à gré seront préalablement soumises à l'approbation du ministre de l'intérieur et des cultes.

Art. 2. — Il sera pourvu au remboursement et au service des intérêts de l'emprunt de 300,000 francs au moyen de prélèvements opérés sur les ressources spéciales de l'asile ou, au besoin, sur le budget départemental.

EMPRUNTS DÉPARTEMENTAUX POUR TRAVAUX DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS
(LOI DU 6 AOUT 1884).

— Art. 4^{er}. Le département de l'Isère est autorisé à emprunter, à un taux qui ne pourra dépasser 4 1/2 p. 100, une somme de 435,000 applicable tant au remboursement d'une partie de la dette départementale qu'aux travaux de l'asile d'aliénés.

Art. 2. Les fonds nécessaires au service des intérêts et au remboursement de l'emprunt de 435,000 fr. seront prélevés sur les ressources spéciales de l'asile ou, au besoin, sur le budget départemental.

— Art. 4^{er}. Le département de l'Ailier est autorisé à emprunter, à un taux d'intérêt qui ne pourra dépasser 4 1/2 p. 100, une somme de 420,000 fr. applicable à l'agrandissement et à l'amélioration de l'asile d'aliénés.

Art. 2. Les fonds nécessaires au service des intérêts et au remboursement de l'emprunt de 400,000 fr. seront prélevés sur les ressources spéciales de l'asile ou, au besoin, sur le budget départemental.

MESURES A PRENDRE A L'ÉGARD DES ALIÉNÉS CRIMINELS

Après une discussion longue et approfondie, dont l'initiative a été due à M. Dufaure, et au cours de laquelle deux rapports successifs ont été rédigés par M. Proust, la Société générale des Prisons a adopté, comme mesure à prendre à l'égard des aliénés dits criminels, un projet consistant à ajouter à la loi du 30 juin 1838 les articles suivants :

Art. 42. — Toutes les fois que l'état de démence d'un individu inculpé d'un fait qualifié crime ou délit, aura motivé en sa faveur, soit une ordonnance ou un arrêt de non-lieu, soit un jugement ou un arrêt d'acquiescement, le ministère public pourra requérir sa translation dans un asile lorsque cet état de démence sera de nature à compromettre l'ordre public ou la sécurité des personnes ;

Le ministère public aura le même droit lorsque l'accusé renvoyé en cour d'assises aura été l'objet d'une décision spéciale du jury établissant qu'il était en état de démence au temps de l'action.

Art. 43. — Les réquisitions du ministère public seront adressées aux préfets, qui seront tenus d'y faire droit.

Art. 44. — La sortie d'un aliéné ainsi placé ne pourra avoir lieu que sur l'avis du procureur de la République du lieu de séquestration, et après expertise.

Art. 45. — Les individus condamnés pour crime ou délit, qui deviendraient aliénés postérieurement à leur condamnation, pourront, sur l'avis conforme du procureur de la République du lieu de détention, être conduits dans un asile; mais lors de l'expiration de la peine, ces aliénés condamnés seront assimilés aux aliénés spécifiés dans l'art. 42, et ils ne pourront être mis en liberté que dans les mêmes conditions.

Art. 46. — Les frais de translation et les dépenses d'entretien, de séjour et de traitement des individus séquestrés en vertu des articles 42, 43, 44 et 45, pourront être demandés conformément à l'art. 29 de la présente loi.

Art. 48. — Un règlement d'administration publique, qui devra être rendu dans le délai d'une année, déterminera les conditions d'organisation et de fonctionnement d'asiles spécialement réservés au placement des aliénés spécifiés dans les art. 42 et 45; il pourra ordonner, suivant les circonstances, soit auprès des prisons, soit auprès des établissements publics d'aliénés actuellement existants, la création de quartiers distincts spécialement affectés à cette destination.

Il y aura aussi lieu d'ajouter à l'art. 339 du Code d'instruction criminelle, un paragraphe ainsi conçu :

Lorsque l'accusé ou son conseil aura proposé, comme moyen de défense, l'état de démence au temps de l'action, le président devra, à peine de nullité, poser les questions suivantes : 1^o L'accusé a-t-il commis le fait spécifié dans la question de culpabilité ? 2^o Était-il en état de démence au temps de l'action ? Ces questions devront figurer avant toutes autres.

DES SUICIDES EN FRANCE EN 1879.

Nous empruntons les chiffres suivants au compte général de l'administration de la justice criminelle en France pendant l'année 1879.

Le nombre des suicides portés à la connaissance des magistrats des parquets, en 1879, n'est supérieur que de 62 à celui de l'année précédente (6,496 au lieu de 6,434); mais il continue le mouvement ascensionnel signalé dans les précédents rapports. En trente ans, l'augmentation a été de 78 p. 400; de 1854 à 1855, moyenne annuelle : 3,639 ou un suicide par 9,833 habitants; en 1879, nombre réel : 6,496 ou un suicide par 5,681 habitants.

Ces 6,496 suicides ont été accomplis : 5,164 (79 p. 400) par des hommes et 1,335 (24 p. 400) par des femmes.

L'âge a été indiqué pour 6,343 suicides, qui se classent, à cet égard, de la manière suivante :

	HOMMES.	
Moins de seize ans	38	} ou 5 p. 400
Seize à vingt et un ans	187	
Vingt et un à quarante ans.	4,270	— 25 —
Quarante à soixante ans.	4,966	— 39 —
Plus de soixante ans.	1,860	— 31 —

	FEMMES.	
Moins de seize ans	23	} ou 8 p. 400
Seize à vingt et un ans	79	
Vingt et un à quarante ans.	365	— 28 —
Quarante à soixante ans.	467	— 35 —
Plus de soixante ans.	388	— 29 —

En ce qui concerne leur état civil et de famille les 6,301 individus, pour lesquels le renseignement a pu être fourni, se divisent : 2,244 célibataires (36 p. 400), 2,929 mariés (46 p. 400) et 1,131 veufs (18 p. 400). Ces chiffres, rapprochés de ceux de la statistique générale, donnent 29 suicides pour 100,000 célibataires adultes, 49 pour 100,000 habitants mariés et 38 pour 100,000 veufs ou veuves.

Plus de la moitié des suicides (3,344 ou 52 p. 400) habitaient des communes rurales et 3,082 (48 p. 400) résidaient dans des villes; le domicile des 73 autres est resté inconnu.

Un dixième environ de ces individus (634 sur 6,496) n'avaient pas de profession particulière ou leurs moyens d'existence n'ont pu être découverts; 4,314 (22 p. 400) travaillaient à la terre; 3,380 (58 p. 400) étaient employés dans le commerce ou dans l'industrie; 344 (6 p. 400) appartenaient à la domesticité; et 830 (44 p. 100) exerçaient des professions libérales. Ce dernier nombre est formé de 539 propriétaires ou rentiers, 149 militaires ou marins, 55 fonctionnaires de l'Etat, 41 instituteurs, 4 prêtres et 4 religieuses.

La pendaison (2,858 ou 44 p. 400) et la submersion (1,884 ou 29 p. 400) sont toujours les moyens auxquels ont le plus souvent recours les malheureux qui attendent à leur propre vie.

La saison dans laquelle il se commet le plus de suicides est le printemps, 4,991 (34 p. 400); après vient l'été, 4,833 (28 p. 400), puis l'hiver 4,474 (13 p. 400), enfin l'automne, 4,498 (18 p. 400).

Des nombreux renseignements fournis par la statistique criminelle sur les suicides, il n'en est pas de plus intéressant que le motif auquel on peut attribuer ces actes de dernière extrémité. Les rédacteurs des procès-verbaux n'ont pu parvenir à le connaître dans 440 cas; mais voici celui qu'ils ont relevé dans les 6,056 autres:

Maladies cérébrales.	4,968	ou 33 p. 400
Souffrances physiques.	887	— 45 —
Chagrins de famille.	863	— 44 —
Ivresse ou ivrognerie	854	— 44 —
Misère (ou crainte de la).	752	— 42 —
Débauche, inconduite.	234	— 5 —
Désir de se soustraire à des poursuites judiciaires.	244	— 4 —
Causes diverses.	207	— 3 —

LE SUICIDE EN ITALIE.

Le bureau de statistique d'Italie vient de publier un rapport sur les morts par suicide, en Italie, dans les années 1876-1877-1878. Le nombre total des suicides s'élève, pour cette période, à 3,324 dont 2,689 hommes et 632 femmes. La Lombardie compte 524 suicides; les Grands-Duchés, 483; la Vénétie, 474; la Toscane, 395; le Piémont, 393; Rome, 422. — Dans 22 cas, les suicidés avaient moins de quinze ans et dans 48 plus de quatre-vingts ans. Quant aux moyens plus ou moins ingénieux, bien uniformes cependant, qu'on a imaginés pour quitter la vie, voici ce qu'on a pu constater: 536 fois c'a été la strangulation, 937 fois l'eau, 84 en se faisant écraser par des trains de chemins de fer, 214 individus ont déclaré qu'ils se suicidaient parce qu'ils manquaient de tout, et 253 pour mettre fin à la maladie qui les faisait souffrir.

LES ALIÉNÉS DANS L'AUSTRALIE DU SUD.

On compte dans l'Australie du Sud pour les aliénés deux établissements de l'Etat qui sont dirigés d'après les mêmes principes que les asiles similaires de la mère patrie. L'Australie du Sud compte deux cents aliénés par 400,000 habitants.

FAITS DIVERS.

— La Chambre des députés, dans sa séance du 9 juillet, a décidé la création, à la Salpêtrière, d'une chaire de clinique des maladies des centres nerveux.

— Le samedi 19 juin, M. Guibert, directeur de l'asile d'aliénés de Cadillac, d'accord avec M. le docteur Campan, médecin en

chef de l'asile, a organisé une soirée musicale à laquelle ont pris part, comme spectateurs ou comme artistes, près de trois cents malades de l'établissement.

Le concert a eu lieu dans le jardin, illuminé pour la circonstance.

Les malades ont écouté dans un grand silence et avec une profonde attention, tandis que d'autres se faisaient entendre dans la partie instrumentale du concert. Un violoncelliste, entre autres, possède sur cet instrument un talent véritable. Il a été applaudi avec enthousiasme par les invités du directeur et par les autres pensionnaires de l'asile.

Divers artistes ont prêté leur concours à cette petite fête. Nous signalerons M. Audinet, un excellent chanteur comique ; M. Lagroun, qui a chanté avec talent deux romances ; M. Barhou, qui a tour à tour chanté et récité plusieurs morceaux aux applaudissements de l'auditoire ; M. Rossignol, violoniste, professeur à Bordeaux, qui s'est fait entendre dans un trio pour violon, alto et violoncelle avec deux malades, et enfin M. Péschard qui dispose toujours de son talent avec tant d'obligeance et qui a prouvé, dans la Pâque de *la Juive* et dans l'air de *Martha*, que sa voix n'avait rien perdu de son charme et de sa puissance.

Tout le monde, invités et malades, s'est retiré enchanté de cette belle soirée.

Prix Aubanel. — La Société médico-psychologique de Paris décernera, au mois d'avril 1882, le prix Aubanel, de la valeur de 3,600 francs, au meilleur travail manuscrit ou imprimé, sur un sujet de médecine mentale.

Les travaux imprimés ne devront pas être publiés depuis plus de deux ans.

Les manuscrits et les livres seront adressés au secrétaire général, le docteur Motet, 464, rue de Charonne, avant le 31 décembre 1881.

Ils doivent être écrits en langue française. Les membres titulaires de la Société sont seuls exclus du concours.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Symptômes et origine des convulsions partielles déterminées par des lésions cérébrales (Epilepsie Jacksonnienne). — Emploi de la percussion crânienne comme moyen de diagnostic des affections localisées du cerveau. — Étude sur le siège des hallucinations et le point d'origine de l'épilepsie. — Des variations de la circulation cérébrale pendant le sommeil, la veille et le travail intellectuel. — Le goître considéré comme une maladie infectieuse et contagieuse. — Emploi de l'hyosciamine dans le traitement des maladies mentales.

Bien des communications faites au Congrès international de médecine de Londres, en dehors de la section des maladies mentales, sont de nature à intéresser hautement les médecins aliénistes. Nous signalerons, entre autres, un travail présenté à la section de médecine et dans laquelle Dr Hughlings Jackson a exposé les caractères des convulsions partielles, sans perte de connaissance, symptomatiques de lésions cérébrales. On sait que ces convulsions, depuis l'étude qui en a été faite par ce médecin distingué, d'une manière plus complète qu'on ne l'avait fait avant lui, sont connues dans la science

sous le nom d'*Epilepsie Jacksonienne*. L'auteur considère ces accidents comme des convulsions épileptiformes bien différentes de l'épilepsie proprement dite; il applique à leur étude les notions acquises par les recherches physiologiques de Ferrier et de Hitzig, par les études cliniques de Charcot et autres, et il les considère comme la décharge résultant d'une tension excessive de l'influx nerveux dans les cellules d'une partie spéciale de l'écorce de la région dite motrice du cerveau.

Il passe successivement en revue le point de départ toujours unilatéral du spasme; ses nombreuses variétés (monospasme, hémispasme, spasmes devenant bilatéraux); sa marche ascendante ou descendante; la soudaineté du début, la rapidité de l'extension et la durée des accès; les paralysies temporaires consécutives y compris l'aphasie transitoire et leurs causes probables; la perte de connaissance qui survient lorsque le spasme, après avoir dépassé les membres, gagne les muscles de la tête et des yeux.

Presque toujours la série des accidents est identique chez un même sujet, mais ils peuvent varier d'intensité; après la mort on en trouve l'explication dans la présence d'une tumeur dans la région motrice ou d'une autre lésion (embolie, maladie de l'oreille) du côté opposé à celui où commençait le spasme. Le traitement est surtout empirique (bromure, ligature d'un membre); il y a aussi des indications très importantes à saisir dans certains cas, et qui feront recourir à un traitement antisyphilitique ou à la trépanation.

Les détails relatifs à cette importante question sont trop nombreux pour qu'il soit possible de les reproduire ici complètement.

A cette communication peut se rattacher, utilement, celle faite à la même section par le Dr Alex. Robertson, médecin de l'asile municipal de Glasgow, sur l'emploi de la percussion du crâne dans le diagnostic des affections cérébrales, question

qui peut être considérée comme nouvelle, quoiqu'elle ait déjà été soulevée en 1877 par l'auteur et par le professeur Ferrier. L'auteur cite des cas d'épilepsie jacksonnienne et de monoplégie où les symptômes semblaient désigner la région motrice des circonvolutions comme le siège de la maladie, et dans lesquels la percussion du crâne produisit une douleur profonde dans cette région du crâne et nulle part ailleurs. L'auteur ne prétend pas que ce moyen de diagnostic puisse être d'une application très étendue et il le considère comme sans valeur toutes les fois que la maladie est diffuse, ainsi que cela est presque toujours le cas dans les affections mentales. Il n'en est plus de même dans les cas de lésion localisée; la percussion peut alors contribuer à préciser le diagnostic et servir de guide pour instituer un traitement local.

Une autre étude sur l'épilepsie jacksonnienne a été communiquée au Congrès par le Dr Muller, de Graz (Autriche), dont les recherches confirment, presque à tous égards, les descriptions cliniques et les théories physiologico-pathologiques du Dr Hughlings Jackson.

Quelques semaines auparavant, M. Pasternatzky avait présenté à l'Académie des sciences (11 juillet 1884) les résultats d'expériences entreprises sur des chiens, dans le but de rechercher : 1^o si l'épilepsie corticale dépend réellement de lésions de certaines parties de l'écorce grise du cerveau, et 2^o s'il est possible d'indiquer le siège ou l'origine des hallucinations dans le cerveau. Le procédé expérimental consiste à pratiquer une section qui sépare l'écorce cérébrale de la substance blanche sous-jacente et qui détruit ainsi ses connexions avec le reste du système nerveux; puis on injecte, dans une veine saphène, une quantité d'essence d'absinthe qui, chez un animal normal, devrait déterminer à la fois des hallucinations et des attaques épileptiformes; or, le premier ordre de symptômes se produit seul et les convulsions ne

font pas leur apparition. On peut en tirer les conclusions, suivantes :

1° L'attaque d'épilepsie provoquée chez le chien, par l'essence d'absinthe, est sous la dépendance de certaines parties de l'écorce grise des hémisphères du cerveau, et par conséquent elle est bien de l'épilepsie corticale, ce qui serait d'accord avec la théorie jacksonnienne.

2° Les hallucinations éprouvées par le même animal ne peuvent dépendre de l'écorce grise des hémisphères, puisque celle-ci a été détachée, ce qui serait contraire à la théorie de Tamburini qui localise les hallucinations dans la substance grise des circonvolutions et confirmerait plutôt les vues de Luys qui les rattache aux couches optiques.

On voit avec quelle intimité tous ces travaux, faits dans des voies distinctes et avec des procédés différents, arrivent à s'enchaîner et combien leurs résultats sont intéressants au point de vue de la physiologie et de la pathologie du système nerveux. Reste à attendre l'épreuve de nouvelles expériences confirmatives ou contradictoires.

Les variations de la circulation encéphalique pendant les périodes de sommeil et de veille, de repos intellectuel et d'activité cérébrale, ont donné lieu à un grand nombre de discussions, d'hypothèses, d'expériences qui paraissent avoir abouti à un ensemble de données très importantes, que l'on peut considérer, aujourd'hui, comme définitivement acquises.

Les mouvements d'expansion du cerveau correspondant, d'une part avec les mouvements de l'expiration, d'autre part avec la systole artérielle, mouvements dont on constate directement l'existence chez les animaux et chez les blessés dont une partie de la boîte crânienne a été enlevée, s'exécutent de même à l'état normal, bien que le cerveau soit contenu dans une boîte osseuse inextensible. Quant à la diminution de volume qui doit nécessairement se pro-

duire pour compenser l'augmentation résultant de l'affluence d'une plus grande quantité de sang, elle ne peut s'effectuer qu'aux dépens d'une autre substance liquide; on admettait, généralement, jusqu'à une époque récente, qu'elle résultait du reflux d'une partie du liquide céphalo-rachidien dans le canal rachidien, qui aurait servi de tuyau de dégagement. Aujourd'hui, il paraît établi par les travaux de Mosso (*Academia dei Lincei*, 1880) que les voies de communication entre l'espace sous-arachnoïdien cérébral et le même espace rachidien sont trop resserrées, au niveau du trou occipital, pour qu'un échange d'une quantité assez considérable de liquide puisse s'effectuer librement, à chaque expiration pulmonaire et à chaque systole cardiaque; la diminution de volume compensatrice doit donc s'effectuer par un autre mécanisme, et l'on admet que c'est par le refoulement du sang veineux dans les sinus de la dure-mère et dans les veines jugulaires; ce qui le prouve, c'est l'existence d'un véritable pouls jugulaire correspondant aux pulsations artérielles, et déterminé par ce refoulement du sang veineux au moment de chaque expansion de la masse cérébrale; l'existence de ce pouls, déjà découvert au siècle dernier par Lamure (1752), mais rejeté par Haller (1759), décrit de nouveau par Carson (1824), par Berthold (1869), par Cappie (1874), a été mise hors de doute par les dernières expériences de Mosso, dont M. François Frank fait connaître les résultats dans un très intéressant travail récemment publié par la *Gazette hebdomadaire* (1884, n^{os} 29 et 31). Ayant surtout en vue de déterminer l'état réel de la circulation cérébrale pendant le sommeil, la veille, le travail intellectuel, les recherches de Mosso « démontrent plus clairement qu'en avaient pu le faire, » jusque-là, des observations analogues, dit M. François Frank, que le cerveau rentre dans la loi commune; son état de repos absolu (ou du moins celui que nous considérons comme tel), le sommeil sans rêves appréciables, » s'accompagne de l'anémie physiologique maxima. Un rêve,

» un phénomène d'idéation provoqué par une impression
 » auditive ou tactile survient-il? Aussitôt le cerveau sortant
 » de son repos, sans cependant manifester une action com-
 » plète, subit un certain degré de congestion, et cette con-
 » gestion elle-même se montre proportionnée, dans son
 » intensité et sa persistance, à l'intensité et à la durée de la
 » manifestation cérébrale.

» Quand le sujet passe de l'état de sommeil à l'état de
 » veille, son cerveau prend un nouveau régime circulatoire
 » qui constitue, par rapport à l'état de sommeil, une con-
 » gestion relative. Sensiblement constante tant que le sujet
 » n'exerce sur aucun point l'activité de son esprit, cette
 » moyenne circulatoire de l'état de veille subit une éléva-
 » tion notable dès qu'un travail quelconque est produit
 » par le cerveau ; la congestion physiologique ainsi déter-
 » minée se mesure, pour ainsi dire, à l'importance du
 » travail cérébral ; tout comme celle qui accompagnait le
 » rêve, elle a une valeur et une durée en rapport avec
 » l'énergie dépensée et la durée même du travail. »

Nous avons reproduit textuellement ce passage, malgré sa longueur, parce qu'il nous a paru formuler, en termes excellents et probablement définitifs, une théorie parfaitement rationnelle et d'une importance considérable dans l'étude des symptômes intellectuels de l'aliénation mentale. M. François-Franck l'accompagne d'une figure schématique qui représente, d'une manière graphique, l'état d'anémie relative du cerveau pendant le sommeil naturel, et son état de congestion normale pendant la veille, ainsi que les effets congestifs de l'activité cérébrale dans l'état de rêve et de travail intellectuel.

Reste à savoir si la congestion fonctionnelle du cerveau, éveillé ou travaillant, tient à une distension passive, ou s'il s'agit d'une dilatation vasculaire active, produite par le relâchement des parois artérielles, dû lui-même à l'action des nerfs dilatateurs étudiés et décrits par Claude Ber-

nard. Ici, les avis diffèrent. Mosso, après avoir constaté que, pendant le travail intellectuel, on observe une forte contraction des vaisseaux de l'avant-bras, contraction qui se produit aussi dans les autres membres, pense que cette contraction augmente la pression dans les gros troncs artériels, d'où l'afflux plus abondant du sang dans le cerveau; il considère donc la congestion cérébrale comme passive.

M. François Franck, au contraire, s'appuyant sur le fait que, pendant que le cerveau gonfle, ses pulsations augmentent d'amplitude, admet la dilatation primitive et active des vaisseaux de l'encéphale, et cette opinion se trouve confirmée par les expériences de Gley montrant que les caractères du pouls carotidien, pendant l'activité cérébrale, sont en rapport avec un écoulement plus facile du sang dans les branches terminales de l'artère (*Recherches expérimentales sur l'état du pouls carotidien pendant le travail intellectuel. Th. doct. de Nancy, 1884*).

Quoi qu'il en soit de cette question encore controversée, les conditions de la circulation, suivant que le cerveau est à l'état de repos ou à l'état d'activité intellectuelle, ont, avons-nous dit, une très grande importance au point de vue de l'étude des maladies mentales. La chose est évidente par elle-même et n'a guère besoin de preuves; si l'on en désire, cependant, en voici une toute d'actualité.

M. le Dr Luys vient de publier un *Traité des maladies mentales* dans lequel il considère les déliresexpansifs comme liés à un état congestif du cerveau, et les déliresdépressifs comme dépendant d'un état anémique du même organe.

Si l'on voulait concilier ces deux opinions avec la théorie de la circulation cérébrale que nous venons de faire connaître, il faudrait admettre que, dans le délire dépressif ou mélancolique, les facultés intellectuelles sont à l'état de repos, ce qui ne serait pas d'accord avec l'observation clinique. Ou bien, si l'on reconnaît que rarement l'esprit est

plus actif que chez certains malades lypémaniques, il faudrait démontrer que les rapports existant, à l'état normal, entre les conditions de la circulation cérébrale et l'activité du travail intellectuel se trouvent renversés à l'état pathologique. Nous ne faisons qu'indiquer aujourd'hui cette voie ouverte aux recherches; il n'est pas douteux qu'elle ne soit féconde en résultats intéressants et instructifs.

L'enquête relative à l'étiologie du goître est toujours ouverte devant l'opinion du public médical, et tant qu'on n'aura pas résolu, d'une manière satisfaisante, ce problème si souvent discuté, il sera de notre devoir de signaler toute hypothèse nouvelle venant s'ajouter à la liste déjà bien longue des hypothèses successivement proposées et réfutées. M. le Dr Nivet, de Clermont-Ferrand, a récemment essayé d'expliquer l'existence du goître endémique par le passage à l'état chronique du goître primitivement aigu; quant à ce dernier, il en rattache l'origine à des phénomènes météorologiques et il attribue sa fréquence, dans certaines localités de l'Auvergne, à la prédominance de certains vents dans les vallées où se trouvent ces localités (*Traité du goître*. Paris 1880).

C'est encore du goître aigu qu'il s'agit dans un travail très intéressant, récemment publié dans la *Gazette hebdomadaire* (nos du 22 et du 29 juillet 1884) par les Drs Charles Viry et Eugène Richard, médecins-majors des hôpitaux militaires, à l'occasion d'une épidémie qui a sévi sur les troupes de la garnison de Belfort en 1877.

Aucun cas de goître épidémique n'avait été signalé dans la garnison de Belfort avant 1876. Au printemps et pendant l'été de cette année, une quinzaine d'élèves du lycée furent affectés de goîtres aigus; ils guérirent tous. Pendant l'automne de cette même année, et pendant les premiers mois de la suivante, vingt-neuf cas de goître aigu se déclarèrent

parmi les soldats composant le 15^e régiment de chasseurs. A partir du mois de juin 1877, les autres corps de la garnison, indemnes jusque-là, furent envahis à leur tour, par ordre de voisinage ou par fraction des mêmes régiments; des casernements de la ville de Belfort et des forts avoisinants, l'épidémie s'irradia jusque dans les forts détachés. Arrivée à son maximum à la fin de juillet et au commencement d'août, elle frappe un si grand nombre de soldats qu'il y avait, à cette époque, plus de 900 goitreux dans la garnison de Belfort; puis elle décroît rapidement, et à la fin d'octobre, après les manœuvres de brigade qui ont permis de faire vivre les hommes à l'air libre, et d'aérer largement les vêtements et les locaux, il n'est presque plus question de goitreux. Il n'y a plus que, de loin en loin, quelques cas isolés en 1878 et 1879, puis tout cesse.

Les auteurs, après avoir rapidement comparé cette épidémie à quelques-unes de celles qui ont été précédemment observées, en grand nombre paraît-il, par leurs collègues de l'armée (V. Laveran, *Traité des maladies et épidémies militaires*, Paris 1875, et Colin, *Traité des épidémies*, Paris 1879), discutent les principales causes habituellement invoquées en pareil cas, et pensent que ni l'eau, ni l'air, ni l'hygiène des soldats ne peuvent rendre compte des faits constatés à Belfort. Ils se rangent donc à l'opinion déjà émise par de Humboldt, Hirsch, Virchow, Moretin, Vingtrinier, Morel, qui considèrent le goitre comme une maladie toxique, infectieuse, déterminée par un poison spécifique. Puis, allant plus loin que leurs prédécesseurs, ils arrivent à admettre qu'elle est transmissible d'homme à homme et que l'agent de la contagion doit être un germe animé. Il reste, malheureusement encore, à trouver le microbe producteur du goitre aigu. Fût-il trouvé qu'il faudrait découvrir la nature des liens qui doivent unir le goitre aigu au goitre chronique et endémique, et cela fait, il y aurait à rechercher si cette nouvelle étiologie est conciliable avec ce que l'on

connaît des rapports qui existent entre le goître et le crétinisme.

Du reste la théorie de MM. Viry et Richard date à peine de quelques semaines et elle a déjà trouvé, parmi les médecins de l'armée, un contradicteur qui s'appuie sur des expériences personnelles pour nier la possibilité de la contagion du goître. M. le Dr Czernicki a, tous les ans, l'occasion d'observer, dans la garnison d'Avignon, et particulièrement dans le bataillon qui est détaché à tour de rôle, chaque été, au fort de Tomnoux dans les Hautes-Alpes, à 2,000 mètres d'altitude, un certain nombre de goîtres aigus qui guérissent en quelques semaines.

Cette année même, dix-sept cas aigus se sont produits dans la garnison d'Avignon ; M. le Dr Czernicki a pris douze de ces hommes et les a réunis, dans une même chambre, avec dix hommes convalescents de fièvres, débilités et affaiblis, c'est-à-dire éminemment aptes à contracter une maladie contagieuse quelconque. Aucun de ces derniers n'a contracté le goître. Ils ont été renouvelés trois fois depuis le commencement de l'expérience, en sorte, dit l'auteur, que « nous pouvons affirmer que trente individus, mis » en contact permanent, pendant vingt jours, avec douze » hommes atteints de goître aigu, ont pu vivre dans un » rapport étroit, continu avec ces derniers, sans contracter » l'hypertrophie thyroïdienne. Quelle est la maladie » tagieuse qui ne se serait pas transmise, au moins une » fois, en de semblables conditions ? » (*Gazette hebdomadaire*, 23 septembre 1881, p. 642.)

Outre cette expérience négative, M. Czernicki invoque plusieurs circonstances de l'épidémie de Belfort, telle qu'elle a été relatée par MM. Viry et Richard eux-mêmes, pour repousser la possibilité de la contagion et il pense que le goître qui était épidémique, il y a trente ans, dans la vallée de la Savoureuse, peut y reparaitre aujourd'hui, avec plus d'intensité, après les énormes travaux de terrassements

dont elle a été l'objet. Aussi la théorie de l'origine hydro-tellurique du goître lui paraît-elle satisfaisante; il ajoute toutefois qu'elle a dû être puissamment secondée par l'application de la circulaire ministérielle sur l'obligation du port du sac pour toutes les prises d'armes et pendant les heures de faction (15 mai 1877). C'est, en effet, à la gêne de la circulation cervicale par le port plus fréquent du sac qu'il attribue le fait suivant, constaté par lui sur les registres d'infirmerie du 44^e régiment de ligne, en garnison à Avignon depuis l'année de sa formation. Ce régiment a eu onze goîtres en 1874; neuf en 1875; huit en 1876; et cent soixante-neuf en 1877, à partir de juillet seulement. C'est, on se le rappelle, dans ce même mois de juillet que l'épidémie de Belfort a atteint son apogée.

On a souvent employé, et l'on emploie sans doute encore, dans les asiles français, l'extrait de jusquiame à dose plus ou moins élevée, à titre de médicament hypnagogue, mais il ne semble pas que les avantages tirés de ce médicament se soient imposés avec assez d'autorité pour engénéraliser l'usage.

En sera-t-il autrement de l'emploi de l'alcaloïde qui constitue le principe actif de la jusquiame, c'est-à-dire, de l'hyosциamine? On sera, sans doute, à même de se faire prochainement une opinion à cet égard, grâce aux nombreux travaux publiés à l'étranger.

Les *Annales* ont déjà fait connaître, l'année dernière, le résumé des expériences de Lawson et de Mendel sur l'emploi de ce médicament (1880, t. II, p. 434 et p. 322). Le premier prétend que l'hyosциamine exerce une action calmante sur l'agitation dans les différentes formes de maladie mentale; mais il la considère, surtout, comme efficace chez les maniaques déchireurs. Le second dit avoir constaté, par lui-même, cette efficacité spéciale sur l'élément destructivité, et il l'attribue, d'une manière que l'on

peut considérer comme au moins problématique, à la paralysie des centres moteurs, d'où diminution de la force nécessaire à l'action de déchirer. D'autres médecins, Savage, Gray, Reinhardt ont également étudié l'action de ce médicament.

Au commencement de 1884, MM. Seppilli et Riva ont publié, dans la *Revue italienne de freniatrie*, du professeur Tamburini, le résultat de l'application qu'ils en ont faite sur une large échelle à l'asile de Reggio. Ils lui reconnaissent une vertu sédative et hypnotique; mais son usage prolongé entraîne des inconvénients. Ils la considèrent comme surtout utile dans le traitement de la manie récurrente. En l'administrant au moment où se manifestent les prodromes de l'accès, on réussirait soit à en retarder l'explosion, soit même à le supprimer. Comme Lawson, ils ont trouvé qu'elle atténue parfois les accès d'épilepsie et les rend moins fréquents.

Enfin les Archives de médecine de New-York ont publié (avril 1884) un rapport, présenté à la Société de thérapeutique de cette ville par le Dr E.-C. Seguin, à la suite des expériences instituées par la section neurologique de cette Société sur l'hyosciamine, en tant que médicament hypnotique et dépresso-moteur. Le Dr Shaw, à la suite d'essais répétés, dans le traitement des maladies mentales, la considère comme très utile dans la manie aiguë, surtout lorsque le malade, épuisé par l'insomnie et la continuité de son agitation, tombe dans le collapsus. Dans ces cas, qui nous paraissent ressembler beaucoup à ce que nous appelons le délire aigu, l'action favorable de l'hyosciamine serait presque certaine.

Elle procurerait aussi du calme dans la manie chronique, chez les aliénés destructeurs, dans les périodes d'excitation de la paralysie générale, dans les phénomènes maniaques qui suivent les accès d'épilepsie; mais son action ne serait que temporaire, la tolérance s'établissant rapi-

dement, et les doses ne pouvant pas être portées trop haut sans inconvénients sérieux. Le Dr Ball (de New-York) l'a vue, dans deux cas de manie, avoir une action hypnagogique marquée, et calmer les hallucinations; il croit qu'elle a de la tendance à paralyser la vessie. Le Dr Kinnicutt l'a essayée avec un certain succès dans le delirium tremens. Le Dr Seguin pense qu'elle contribue à écarter les rêves terrifiants, ou simplement pénibles, dans le delirium tremens, dans l'hypochondrie, le délire des persécutions.

De tout ce que nous venons de rapporter brièvement, il ressort à nos yeux qu'il y aurait grande utilité à instituer aussi en France des expériences méthodiques et suivies, sur l'emploi de l'hyosciamine. La thérapeutique des maladies mentales n'est pas tellement riche que l'on puisse négliger rien de ce qui pourrait en augmenter les ressources. Il s'agirait surtout, ce nous semble, non pas de savoir si cet alcaloïde possède, d'une manière générale, une certaine action calmante, ce qui ne paraît pas douteux; mais d'en étudier l'action d'une manière plus minutieuse pour rechercher les indications spéciales et limitées auxquelles elle peut répondre, et les contre-indications qui en interdiront l'emploi.

Nous savons que l'hyosciamine a été, depuis peu, essayée sur un certain nombre de malades dans un de nos grands asiles; les résultats de cette expérimentation ne sont pas encore publiés; il est à désirer que d'autres spécialistes entrent dans la même voie et que l'on puisse comparer et contrôler les résultats.

Mais il est essentiel que l'on commence par bien s'entendre sur la nature exacte du médicament et sur les doses à employer.

Il existe, dans le commerce des produits chimiques, deux formes d'hyosciamine, l'une liquide et l'autre cristallisée, la seconde coûtant, à égalité de poids, cinq fois plus que la première; il y a évidemment une grande inégalité d'é-

nergie dans ces deux préparations et il est bien essentiel d'indiquer exactement celle des deux dont on fait usage.

En France, l'hyosциamine cristallisée a été préconisée par Clin, à la dose de 1 à 3 milligrammes par jour jusqu'à 5 milligrammes. Oulmont cité par Bouchardat (Formulaire de 1880) la conseille à la dose de 2 à 40 milligrammes.

Les membres de la société de thérapeutique de New-York ont employé ordinairement de l'hyosциamine cristallisée de la fabrique allemande de Merck, mais on parle aussi d'une préparation d'hyosциamine amorphe venant de la même maison. Malheureusement les doses ne sont pas indiquées d'une manière qui paraisse exactement en rapport avec la variété du médicament. Mendel, de Berlin, paraît avoir employé l'hyosциamine liquide.

Nous ne pouvons entrer ici dans des détails plus minutieux sur le choix de la forme du médicament et des doses; il nous suffit d'avoir signalé l'importance d'une étude préalable à cet égard et de l'indication bien précise de la formule adoptée.

A. F.

Pathologie

THÉORIE PHYSIOLOGIQUE

DE

L' HALLUCINATION

Par le D^r Prosper DESPINE

Quoique la question de la pathogénie de l'hallucination ait beaucoup progressé dans ces derniers temps, quoique ce phénomène, qui était considéré par Esquirol comme un effet de l'imagination, soit accepté depuis M. Baillarger comme psycho-sensoriel, cette question présente encore des lacunes à combler ; elle attend surtout une théorie basée sur les connaissances actuellement acquises qui explique comment il est possible de percevoir un objet qui n'existe pas, absolument comme s'il existait. Celle que je vais exposer et qui aboutit à la démonstration que : bien que l'hallucination soit psycho-sensorielle, l'anomalie fonctionnelle qui la fait surgir appartient au système sensoriel seulement, cette théorie, dis-je, donnera la connaissance du procédé employé par la nature pour produire ce phénomène.

L'hallucination consiste, chacun le sait, dans la perception d'une sensation ou visuelle, ou auditive, ou gustative, ou tactile, ou odorante, sans que cette sensation ait pour

origine une impression sensorielle extérieure, ainsi que cela a lieu dans la perception normale.

Pour l'intelligence de ce qui va suivre, il faut partir de ce principe que, dans l'organe complet d'un sens, on doit comprendre non seulement: 1^o l'organe extérieur qui reçoit l'impression des objets extérieurs, mais encore 2^o le nerf conducteur de cette impression à un ganglion sensitif; 3^o ce ganglion dans lequel l'impression produite sur l'organe externe du sens et transmise par le nerf conducteur, se spécialise dans des cellules nerveuses particulières, et se transforme en sensation représentant l'objet impressionnant, en une vue, en un son, en un goût, en une odeur, en un attouchement, selon l'organe extérieur impressionné; 4^o enfin les fibres nerveuses qui, partant du ganglion sensitif, se rendent à la couche corticale grise du cerveau pour y faire parvenir la sensation. Tel est le système complet d'un sens. Cette sensation, arrivée dans cette partie du cerveau qui, d'après les données de la physiologie, manifeste l'esprit, le moi, s'y convertit en un acte psychique, en perception de la sensation, c'est-à-dire en connaissance par le moi de cette sensation (4). Cette connaissance, quoi qu'en disent les philosophes, ne nécessite aucun travail de l'intelligence, elle n'exige que des organes capables de remplir leurs fonctions, puisque certains animaux, les herbivores surtout, dont les organes sensoriels et le cerveau possèdent une organisation et un développement presque complets à la naissance, perçoivent dès lors avec exactitude

(4) En tenant compte des fonctions que la physiologie attribue aux centres nerveux, on doit reconnaître que la qualification de *sensorium commune* attribuée au cerveau est erronée. Le véritable sensorium a son siège dans les ganglions sensitifs, et si, comme le pense M. Luys, les couches optiques sont le ganglion sensitif de tous les sens, cet organe serait véritablement le sensorium commune, le siège des sensations. Le cerveau est le centre de perception, par lui, le moi a connaissance des sensations qui ont été élaborées dans les ganglions sensitifs et les éprouve.

les objets environnants, leur grandeur, leur forme, leur couleur, leur distance, etc., ce qui permet à ces animaux de se servir, dès lors aussi, de ces connaissances pour leurs besoins. Une fois que la perception s'est effectuée, il se produit encore un phénomène naturel qui termine la perception. Le moi qui a perçu la sensation rapporte celle-ci à l'organe du sens qui a reçu l'impression extérieure. Ainsi il semble que c'est l'œil qui voit, l'oreille qui entend, etc., tandis que les perceptions se passent dans l'écorce grise du cerveau. Cette attribution de la perception à l'organe extérieur du sens, est également un effet naturel de l'activité nerveuse du système sensoriel, et non un résultat de l'habitude, comme on l'a toujours supposé, puisque tout porte à croire, d'après les actes des jeunes animaux auxquels nous venons de faire allusion, que ceux-ci rapportent également dès leur naissance, leurs perceptions à leurs organes sensoriels externes.

Ces diverses opérations, à l'accomplissement desquelles nous assignons des numéros d'ordre pour expliquer la perception normale, se passent avec une rapidité telle qu'on peut les considérer en général comme simultanées. Ce pendant, le temps voulu pour transmettre l'impression sensorielle externe au centre de perception a été évalué à une vitesse de 33 mètres par seconde pour l'état normal; mais ce temps varie suivant la fatigue, la température, la quantité de phosphore contenue dans la substance du nerf conducteur et des organes nerveux encéphaliques et suivant d'autres conditions encore. Enfin, il y a des individus chez lesquels naturellement cette transmission est exceptionnellement lente. En l'étudiant chez une personne peu intelligente, pour le sens de l'ouïe, j'ai pu constater que parfois chez elle, entre la production d'un son et la perception de ce son, il s'écoulait à peu près une seconde.

Nous venons de décrire les différentes opérations psychosensorielles qui concourent à former la perception nor-

male. Nous avons vu que celle-ci débute par une activité centripète qui part de l'organe extérieur du sens, qui aboutit ensuite à l'écorce grise du cerveau où l'impression sensorielle externe, qui est devenue une sensation spéciale en traversant le ganglion sensitif de ce sens, s'est transformée en perception psychique, et qu'enfin cette perception est rapportée à l'organe extérieur du sens où il semble que se fait cette perception. Dans l'hallucination, les choses ne se passent pas tout à fait ainsi. Ce n'est pas un objet réel, extérieur, qui est l'objet de la sensation perçue ; cet objet est fourni par un acte psychique, par la mémoire ou par l'imagination. Cet objet a du rapport, en général, avec les préoccupations habituelles de l'individu ; il n'a rien de contraire à la raison chez l'halluciné en santé, il est extravagant, terrifiant, chez l'halluciné malade. Une excitation prenant naissance dans les cellules qui conservent les empreintes d'objets antérieurement connus, ou encore une excitation dont le point de départ se trouve dans une partie quelconque du système sensoriel et qui est transmise à l'écorce grise du cerveau, y provoque les idées qui font l'objet de l'hallucination. Si le phénomène en restait là, il serait normal, il produirait une simple réminiscence, ou une création imaginaire comme il en surgit tant. Mais ici commence l'anomalie fonctionnelle qui produit l'hallucination. Le mouvement vibratoire des cellules cérébrales qui ont présidé à la confection de l'idée, se propage au ganglion sensitif d'un ou de plusieurs sens, par une activité centrifuge tout à fait anormale, au moyen des fibres blanches qui font communiquer le centre psychique avec ce ganglion. Lorsque ce mouvement est arrivé à ce ganglion, l'ébranlement qu'il y provoque transforme l'idée en sensation, comme le ferait l'ébranlement produit dans ce ganglion par une impression, venue d'un objet réel, qui lui serait transmise par l'organe externe du sens. Cette idée, ainsi sensibilisée, étant ensuite renvoyée à l'écorce du cer-

veau, organe de perception, au moyen de l'activité centripète qui, comme dans l'état normal, succède à toute excitation d'origine externe du ganglion sensitif, cette idée, dis-je, sera perçue absolument comme si la sensation ganglionnaire avait une origine externe. Tel est le mécanisme physiologique de l'hallucination dans sa plus grande simplicité. Dans un certain nombre de cas, le phénomène ne se passe pas autrement ; il ne s'étend pas au delà du ganglion sensitif, témoin les hallucinations qui ont lieu chez des personnes dont les organes extérieurs des sens ont été détruits, chez des aveugles, chez des sourds, hallucinations dont on se rend parfaitement compte au moyen de cette théorie. Mais ordinairement, le phénomène s'étend au delà du ganglion sensitif. L'ébranlement qui, dans ce ganglion, convertit l'idée en sensation, se propage jusqu'à l'organe externe du sens et l'impressionne. Il existe, en effet, une preuve qui démontre que cet organe externe est impressionné par la sensation ganglionnaire d'origine imaginaire, comme il l'est, dans son activité normale, par le monde extérieur. Citons cette preuve : Brewster s'aperçut qu'en détruisant le parallélisme des deux yeux pendant une hallucination de la vue, par une pression exercée sur le côté externe d'un des deux globes oculaires, l'halluciné, sur lequel il expérimentait, voyait double l'objet de son hallucination, absolument comme l'on voit un objet réel quand on louche. Cette expérience, que je sache, n'avait plus été tentée, lorsque l'occasion de la vérifier se présenta à moi. Il s'agissait d'un jeune homme auquel je donnais mes soins et qui, à la suite d'une frayeur fut atteint d'hystérie aiguë avec accès convulsifs tantôt conscients, tantôt inconscients, accès de somnambulisme, d'extases mystiques, etc. Dans ses extases il voyait, par une hallucination de la vue, la Vierge entourée d'anges, telle que la représentent certaines images. Pendant qu'il accusait cette vue, je pressais sur l'angle externe d'un des deux yeux et il me dit qu'il voyait

la Vierge double : là et là, indiquait-il avec le doigt dans l'espace. L'image double était ramenée à une image simple dès que je cessais de détruire le parallélisme des deux yeux. Cette expérience, plusieurs fois répétée avec le même résultat, me donna la certitude que, dans ce cas, de même que dans celui de Brewster, l'œil avait été impressionné par la sensation d'origine subjective, comme il l'est par une sensation d'origine externe, objective, et que cette impression retournant au cerveau par sa voie centripète naturelle, le moi la percevait comme il aurait perçu une impression sensorielle qui aurait été produite dans l'organe extérieur du sens par des objets réels. Cette observation a été publiée *in extenso*, il y a quatre ans, dans les *Annales médico-psychologiques*, et plus tard dans mon ouvrage sur le somnambulisme étudié au point de vue scientifique, p. 345. Le professeur Ball, dans un article sur l'hallucination, publié dans un des n^{os} de 1880 de la *Revue scientifique*, dit avoir également constaté un fait semblable à celui qu'a signalé Brewster, chez un halluciné de la vue. Dans ces cas, il est incontestable, 1^o que l'activité cérébrale qui a produit l'idée s'est propagée au ganglion sensitif où cette idée s'est sensibilisée ; 2^o que l'ébranlement de ce ganglion qui a produit la sensation, a été transmis à l'organe extérieur du sens, lequel a été impressionné par cet ébranlement ; 3^o que c'est cette impression sensorielle qui, retournant au cerveau en suivant sa marche centripète naturelle, a été perçue dans l'hallucination, puisque l'action qui modifie l'impression qui a eu lieu dans l'œil, modifie la perception qui se fait dans ce cerveau ; c'est ce que j'énonçais en ces termes dans mon ouvrage sur le somnambulisme, p. 329, après avoir cité le fait que j'avais observé : « Dans l'hallucination, l'organe sensoriel externe est réellement impressionné par l'excitation ganglionnaire transmise par le cerveau, comme il le serait par un objet extérieur ; et c'est cette impression du sens extérieur qui, parvenant au

centre nerveux de perception, est alors perçue. » Ajoutons que cette perception d'un objet d'origine imaginaire est rapportée ensuite, comme dans l'activité sensorielle normale, à l'organe externe du sens.

Je ferai observer, que dans cette théorie, chaque organe conserve exactement ses fonctions naturelles. Le cerveau y préside à la manifestation des idées imaginaires et à des perceptions, les centres sensibilisateurs convertissent les impressions qu'ils reçoivent en sensations spéciales, et les fibres blanches intermédiaires remplissent leurs fonctions conductrices comme toujours. Seulement, dans l'hallucination, les vibrations que reçoivent et que transmettent les fibres blanches intermédiaires entre l'écorce du cerveau et le ganglion sensitif, ont une origine et une direction différentes de celles qu'elles transmettent dans l'état normal. Ainsi, tandis que dans la perception normale ces organes conducteurs reçoivent leur mouvement vibratoire du ganglion sensitif pour le transmettre au centre psychique, dans le premier temps de l'hallucination ces fibres conductrices reçoivent leur mouvement vibratoire du centre psychique, pour le communiquer au ganglion sensitif. Voilà toute la différence qui existe dans l'activité nerveuse, entre la perception d'un objet réel, et la perception d'un objet imaginaire dans une hallucination.

Mais, dira-t-on peut-être, comment concevoir qu'une vibration partant du cerveau transmette une idée à ce centre sensitif pour y être sensibilisée.

Il est impossible de le concevoir; il y a là un mystère naturel qui est celui de toute fonction. La transformation d'une impression sensorielle par un objet extérieur en sensation, lors de l'arrivée des vibrations produites par cette impression au ganglion sensitif, et la transformation de cette sensation en perception, lors de l'arrivée des vibrations produites par cette sensation au cerveau, ne sont-elles pas des mystères de même nature et tout aussi impénétrables

que le premier? Dans ces diverses circonstances, en effet, il n'y a ni idée, ni image, ni objet extérieur, de transmis et de reçus, il n'y a eu de transmis et de reçu que des vibrations nerveuses. Maintenant, pourquoi les vibrations nerveuses causées par les objets extérieurs se convertissent-elles en sensations spéciales quand elles arrivent dans les ganglions sensitifs? Pourquoi les vibrations qui partent de ces ganglions se transforment-elles en perceptions par l'esprit quand elles arrivent au cerveau? C'est parce que cela tient à la fonction de ces divers organes nerveux. Nous ne pouvons pas aller au delà. Or, comme la fonction des centres sensitifs est de sensibiliser toute vibration qui leur arrive, ces centres doivent sensibiliser aussi bien les ébranlements qui leur arrivent du cerveau et représenter en sensation l'objet idéal qui est le produit de l'activité actuelle de cet organe, que ce que les ébranlements qui arrivent à ces centres sensitifs d'un objet extérieur par l'intermédiaire d'un organe sensoriel externe, sensibilisent cet objet et le représentent en sensation, dans l'activité normale.

D'après les connaissances que nous possédons sur la physiologie du système nerveux, l'hallucination ne peut se produire que par le procédé qui vient d'être énoncé (4). Cette théorie psycho-sensorielle indique exactement ce qui, dans le phénomène, appartient à l'esprit, à la couche corticale grise du cerveau, qui le manifeste, et ce qui appartient au système sensoriel. Ce qui est du domaine de l'esprit,

(4) Je dis qu'il est impossible, d'après nos connaissances physiologiques, que l'hallucination se produise par un mécanisme autre que celui qui vient d'être indiqué. En effet, pour que ce phénomène surgisse, il faut d'abord une idée, un objet qui n'existe pas. Qui produira cette idée? Le centre nerveux psychique, l'écorce du cerveau. Ensuite, il faut que cette idée soit sensibilisée. Quel est l'organe qui peut produire cet effet? C'est un ganglion sensitif. Il faut donc que l'activité cérébrale qui a produit l'idée soit transmise à ce ganglion. Enfin, il faut que l'idée sensibilisée dans le ganglion retourne au centre psychique d'où elle est partie, pour y être perçue comme un objet sensible. Tout cela est absolument nécessaire.

c'est d'abord, au début, l'idée, c'est-à-dire l'objet de l'hallucination, et ensuite, à la fin, la perception de cette idée, après qu'elle a été sensibilisée par le système nerveux sensoriel. Ce qui appartient à ce système, c'est : *l'activité nerveuse centrifuge qui conduit l'excitation cérébrale créatrice de l'idée, au ganglion sensitif où cette idée se sensibilise, et qui la conduit aussi jusqu'à l'organe extérieur du sens qu'elle impressionne, comme le ferait un objet extérieur.* Voilà la seule anomalie fonctionnelle que l'on rencontre dans l'hallucination. Cette théorie, en démontrant que ce qui est anormal dans l'hallucination est sensoriel et non psychique, explique pourquoi ce phénomène peut coïncider avec l'intégrité complète de la raison et la santé des organes. Parmi les hallucinations de l'état de santé, j'en citerai une qui m'est personnelle. Un matin, ma femme se lève pendant que je suis endormi. Tout à coup, je m'entends appeler si fortement par sa voix, que je suis réveillé en sursaut et que je réponds : que veux-tu ? Je cherche autour de moi, surpris de ne pas recevoir de réponse, et de me trouver seul dans ma chambre qui était fermée. J'acquis la certitude que personne ne m'avait appelé ; j'avais donc été le jouet d'une hallucination de l'ouïe. Mon sommeil était alors si profond, que je ne rêvais même pas. Le point de départ de cette hallucination devait être une excitation des cellules cérébrales qui conservaient l'impression de cet appel, excitation produite par quelque cause interne difficile à spécifier.

Cette théorie, on le voit, n'est basée sur aucune donnée d'anatomie pathologique. Ce ne sont pas, en effet, des lésions nerveuses qui peuvent produire et expliquer le phénomène, puisqu'on le rencontre dans un état de santé parfaite. Des lésions organiques sont si peu nécessaires pour produire l'hallucination, que c'est surtout dans la première période de la folie, alors que celle-ci étant seulement instinctive, et alors qu'il n'y a que des excitations ou des dé-

pressions dans l'activité du cerveau, sans lésions accentuées, que les hallucinations sont les plus fréquentes; tandis que dans la période de démence où les lésions, les destructions de tissu sont prononcées, les hallucinations deviennent de moins en moins fréquentes à mesure que les lésions progressent.

L'excitation cérébrale qui est le point de départ de l'hallucination, par l'idée qu'elle fait surgir et par l'ébranlement centrifuge qu'elle imprime à certaines fibres blanches, lesquelles transmettent l'idée au ganglion sensitif où celle-ci se sensibilise, cette excitation cérébrale, dis-je, prend dans le plus grand nombre des cas sa source dans le cerveau lui-même. Les individus les plus sujets aux hallucinations sont en effet les aliénés chez les malades, et les préoccupés chez les personnes en santé. Chez les aliénés, l'état d'excitation pathologique du cerveau qui enfante les idées délirantes est plus que suffisant pour imprimer cet activité centrifuge anormale, principe de l'hallucination, dont nous venons de parler. L'excitation cérébrale qui produit le délire chez certains fébricitants suffit également pour produire chez eux cette même activité centrifuge, et avec elle des hallucinations. Parmi les causes qui déterminent cette excitation, on peut citer un sang vicié, un sang chargé de principes excitants, certains toxiques, un sang trop pauvre en globules rouges, certaines activités trophiques anormales dans l'organe, certaines modifications dans sa composition chimique, etc. Dans l'état de santé, de fortes préoccupations d'esprit congestionnent toujours le cerveau, le surexcitent, ébranlent fortement les cellules cérébrales qui président à la manifestation de la pensée. Ces préoccupations donneront lieu au phénomène si les vibrations, dont ces cellules sont le siège, sont communiquées par le fait de leur intensité à quelque ganglion sensitif, et ce ganglion est ordinairement chez les préoccupés celui de l'ouïe. On comprend que dans ces conditions cette transmission soit facile. Puis, quand

l'habitude de cette activité centrifuge sera prise, elle aura de la tendance à se reproduire au moindre ébranlement cérébral. Tel fut le cas de Socrate, de Jeanne d'Arc, de Pascal, etc.

Bien que la cause excitatrice de l'activité centrifuge qui produit l'hallucination réside en général dans le cerveau lui-même, et cette cause excitatrice peut être une lésion organique, il y a certains cas où cette cause se trouve ailleurs. Elle peut se rencontrer dans l'excitation de chacune des parties de l'organe sensoriel halluciné : ou dans les fibres blanches qui font communiquer le centre nerveux psychique avec le ganglion sensitif, ou dans ce ganglion lui-même, ou dans le nerf qui apporte à ce ganglion les impressions que l'organe sensoriel externe reçoit du monde extérieur, ou enfin dans cet organe externe lui-même. Pour ce qui est de cet organe comme point de départ de l'excitation cérébrale d'où part l'activité nerveuse centrifuge qui produit l'hallucination, cela est incontestable. Ainsi les auteurs citent plusieurs cas d'hallucinations pendant que les individus avaient une maladie dans l'organe externe du sens halluciné; ils citent entre autres cas celui d'une jeune fille qui, ayant une ulcération de la cornée, vit surgir en elle une hallucination de la vue représentant une statue de la vierge. Cette hallucination disparut avec la kératite ulcéreuse. L'impression douloureuse de la cornée, propagée au cerveau, y a excité les cellules qui conservaient les empreintes de cette image, elle les a fait revivre, puis cet ébranlement cérébral s'est propagé, au moyen d'une activité nerveuse centrifuge anormale, au ganglion sensitif de la vue, où l'image a été sensibilisée; enfin cette sensation, en rebournant au cerveau est devenue une perception. Une excitation qui aurait son origine dans toute autre partie de l'organe sensoriel, depuis l'organe externe jusqu'au cerveau, peut aussi bien déterminer le même phénomène. Toutes les souffrances, celles surtout qui ont lieu dans les organes

innervés par le grand sympathique dont l'influence est si grande sur le centre nerveux psychique, l'écorce grise du cerveau, sont une source abondante d'hallucinations, de celles surtout auxquelles sont sujets les mélancoliques et les hypochondriaques, hallucinations qui ont toujours du rapport avec les idées que font surgir chez eux les souffrances qu'ils éprouvent.

Les hallucinations unilatérales s'expliquent naturellement avec la théorie que je présente ici. Dans l'état normal, les organes jumeaux des sens fonctionnent simultanément avec un ensemble parfait, si bien que l'impression sensorielle externe, quoique double à son origine, est perçue simple par l'esprit. Mais il peut arriver que l'anomalie sensorielle qui produit l'hallucination n'affecte qu'un seul des deux organes des sens. En d'autres termes, bien que l'idée soit enfantée sous l'influence de l'action des deux hémisphères, il peut arriver que l'activité centrifuge génératrice de l'hallucination ne parte que d'un seul hémisphère et ne soit transmise par conséquent qu'au ganglion sensitif de ce côté. Dans les cas où il en sera ainsi, l'hallucination sera forcément unilatérale.

A ces phénomènes générateurs de l'hallucination, phénomènes que j'ai signalés, les uns dans mon ouvrage sur la folie étudiée au point de vue psychologique, les autres dans celui que j'ai publié sur le somnambulisme étudié au point de vue scientifique, je dois ajouter une condition secondaire que j'ai spécifiée dans le premier de ces ouvrages, p. 224. On voudra bien me permettre de la rappeler ici. « Pour que l'hallucination se produise, disais-je, il faut que l'impression sensorielle anormale, c'est-à-dire subjective, soit plus vive que les impressions sensorielles normales, c'est-à-dire objectives qui ont lieu en même temps, et qu'elle les efface par sa vivacité; il faut que l'objet imaginaire perçu dans l'hallucination se superpose sur les objets réels perçus en même temps, et que la vivacité de l'impres-

sion produite par cet objet imaginaire, empêche la perception des objets réels qui occupent la même place dans l'espace ou rend cette perception plus obscure. La vivacité de l'impression sensorielle anormale est donc une condition pour que l'hallucination se produise. Cela est tellement vrai que, si l'impression sensorielle normale devient plus vive que l'impression sensorielle anormale, l'hallucination disparaît. Par ce motif, l'apparition de la lumière dissipe souvent les hallucinations nocturnes. Par ce motif, aussi, telle hallucination, qui a lieu dans les ténèbres, n'aurait pas lieu pendant le jour; aussi les hallucinations sont-elles très fréquentes la nuit. L'attention qui avive considérablement les impressions sensorielles a par conséquent une grande influence sur la production de l'hallucination. Pour que ce phénomène surgisse et continue, il faut que l'attention de l'halluciné ne soit pas trop détournée de l'objet imaginaire qui l'occupe; sans cela l'hallucination s'évanouit. C'est ce qui a lieu si l'on parle à l'halluciné de manière à fixer ailleurs sa pensée, à le détourner de ses préoccupations, ou, s'il intervient une personne qui fixe spécialement son attention, le médecin, par exemple. » Ces circonstances prouvent bien que ce n'est pas dans des lésions organiques qu'il faut chercher la cause de l'hallucination. Il faut ranger ce phénomène dans la classe d'un grand nombre d'autres phénomènes nerveux anormaux qui sont dus à un trouble seulement dans l'activité du système nerveux sans lésions organiques, tels que le somnambulisme, l'extase, la léthargie, certaines dyspnées, certaines palpitations, certaines convulsions, le hoquet, etc. La physiologie seule peut rendre raison de ces phénomènes, en spécifiant l'anomalie fonctionnelle des organes nerveux, qui a présidé à leur accomplissement. On ne saurait mieux comparer l'anomalie fonctionnelle qui produit l'hallucination, qu'à celle qui, par le mouvement antipéristaltique de l'estomac, donne lieu au vomissement; et un tel mouvement se produit bien sou-

vent sans lésion organique aucune. C'est, en effet, une activité nerveuse au rebours de la normale, qui fait surgir l'hallucination; et, pas plus pour la production de celle-ci que pour celle du vomissement, une lésion organique quelconque n'est nécessaire. De même que le somnambulisme qui n'est dû qu'à un trouble nerveux que j'ai spécifié, les hallucinations s'observent fréquemment chez les enfants, surtout du sexe féminin, dont le tempérament est nerveux et qui jouissent cependant d'une bonne santé. Je connais une dame qui, à l'âge de six ans, a eu plusieurs fois pendant la nuit une hallucination de la vue qui lui représentait au pied de son lit un saint tel qu'elle l'avait vu en peinture. Aux cris de frayeur qu'elle poussait, arrivait-on avec de la lumière, le saint se trouvait transporté dans la partie la plus obscuré de l'appartement, puis il disparaissait. A l'âge de douze ans, elle eut, pendant plusieurs mois, une hallucination de l'ouïe. Elle s'entendait appeler par une voix sourde quand elle était absorbée dans ses études auxquelles elle se livrait avec ardeur. Cette voix l'effrayait et la faisait ressauter. Cette personne avait une constitution très nerveuse; à dix-sept ans, elle fut chlorotique. Tout en conservant sa constitution nerveuse, elle jouit néanmoins d'une excellente santé.

Bien qu'aucune lésion organique ne soit nécessaire pour expliquer l'hallucination, il est vrai cependant que certaines lésions organiques que l'on a rencontrées chez les hallucinés, soit dans les circonvolutions, soit dans les couches optiques, soit dans les nerfs conducteurs, soit dans les organes externes des sens, ont, comme causes excitatrices du cerveau, provoqué le phénomène qui peut-être, sans elles, n'aurait pas eu lieu; mais ces lésions n'en sont point la cause directe, elles ne sont pour rien dans la genèse de l'hallucination; elles ne font, de même que chez la personne affectée de kératite ulcéreuse, que déterminer une excitation dans la partie du cerveau qui préside à l'idéation. Si cette

partie est apte à imprimer l'activité nerveuse centrifuge, qui porte l'idée provoquée par cette excitation au ganglion sensitif pour y être sensibilisée, une hallucination surgira (4). Si le cerveau n'est pas disposé à provoquer cette activité centrifuge, le phénomène n'aura point lieu. Toute excitation provoquée dans le cerveau ne produit pas, en effet, d'hallucination.

Dans un intéressant article intitulé : *Des hallucinations unilatérales*, inséré dans le premier numéro du journal *l'Encéphale*, le Dr Régis soutient la thèse que les hallucinations unilatérales sont dues à des lésions qui siègent dans les organes externes des sens. Un malade, par exemple, qui, depuis son enfance, souffrait d'une otorrhée purulente du côté droit, avait des hallucinations de l'ouïe de ce côté qui disparurent, à la suite d'un traitement approprié, avec l'otorrhée. De ce fait et d'autres semblables, M. Régis conclut que l'hallucination unilatérale reconnaît pour cause une lésion sensorielle unilatérale aussi, ce qui prouve, selon lui, que *l'hallucination peut avoir, dans certains cas, pour originer elle-même, une modification pathologique de l'organe sensoriel dans lequel elle se localise*, p. 58. Cela est vrai en ce sens que la lésion sensorielle est la cause instigatrice du phénomène, mais non la cause productrice du phénomène lui-même. Cette excitation, en se propageant à certaines cellules cérébrales, y réveille des impressions anciennes et fait surgir l'idée, l'image, objets de l'hallucination, et non le phénomène lui-même; car, si tout se bornait là, nous n'aurions qu'un effet normal et des plus ordinaires, une simple reminiscence, ainsi que je l'ai dit plus haut. Mais lorsque l'objet idéal a surgi, alors seulement se produit l'anomalie fonctionnelle génératrice de l'hallucination. Des cellules de l'écorce du cerveau, qui ont fait surgir l'image, l'idée, s'ir-

(4) Il est bien entendu que ce ne sont pas les idées elles-mêmes qui sont transmises, mais que ce sont les vibrations nerveuses qui ont fait surgir les idées.

radie une activité anormale centrifuge qui transmet par les fibres blanches, jusque dans les ganglions sensitifs, l'image, le son, le tact, le goût, l'odeur, qui n'étaient qu'idées jusque-là, et où ces idées se sensibilisent. Voilà toute l'anomalie fonctionnelle qui produit l'hallucination. Tout le reste est accessoire. Ce qui se passe ensuite est tout à fait normal. La sensation d'origine cérébrale est renvoyée par une activité centripète naturelle, à l'écorce grise du cerveau organe du moi, où elle devient une perception, et cette perception, comme toute perception, rapportée par un effet naturel, à l'organe extérieur du sens, où il semble qu'elle ait lieu, quoiqu'elle se passe dans la couche corticale grise du cerveau. La cause réelle qui produit ce phénomène est donc l'activité centrifuge anormale, antipéristaltique, si l'on peut s'exprimer ainsi, qui porte du cerveau au ganglion sensitif les vibrations qui représentent l'idée, ganglion où cette idée est sensibilisée.

L'activité psychique du cerveau dans l'hallucination n'a donc rien d'anormal. Si chez les aliénés, l'idée, l'image qui sont l'objet de l'hallucination appartiennent à la folie, c'est-à-dire à une cause pathologique, ce n'est point comme faisant partie de l'hallucination que l'activité cérébrale qui les a produites est anormale, car des idées, des images rationnelles peuvent, aussi bien que des idées folles, être l'objet du phénomène; c'est parce que l'objet de l'hallucination qui sort d'un cerveau malade, est faux, irrationnel. On le voit clairement par l'analyse des différentes activités qui concourent à produire l'hallucination : la partie psychique du phénomène, qui se résume à produire l'idée au début de l'opération, et à la percevoir sensibilisée à la fin, est tout à fait normale dans ces deux actes; et si le cerveau contribue en quelque chose à la production du phénomène, ce n'est point comme organe des facultés psychiques, c'est comme point de départ de cette activité sensorielle centrifuge qui transporte l'idée au

ganglion sensitif, activité qui est la seule anormale dans cette production. Tout ce qui se passe ensuite dans le système sensoriel pour terminer le phénomène a lieu absolument comme dans la perception normale; l'idée sensibilisée est renvoyée au cerveau où l'esprit la reporte à l'organe extérieur du sens. Si donc la seule activité anormale que l'on rencontre dans la genèse de l'hallucination se trouve dans la partie nerveuse qui appartient au système sensoriel, on doit considérer l'hallucination comme étant un phénomène psycho-sensoriel dans lequel ce qu'il y a d'anormal est sensoriel seulement.

Disons en terminant qu'il est un point de physiologie, qui intéresse la genèse de l'hallucination sur lequel la science est encore incertaine. Ce point est la connaissance exacte des ganglions sensitifs des sens. Ceux-ci ont-ils chacun un ganglion sensitif spécial, les tubercules quadrijumeaux, ainsi qu'on l'a cru, pour la vue, par exemple, le lobe olfactif si grêle chez l'homme, si développé chez certains animaux, pour l'odorat, etc.; ou bien, ainsi que le pense M. Luys, les couches optiques sont-elles seules l'organe ganglionnaire de tous les sens? Quoi qu'il en soit, les ganglions sensitifs existent, nous savons que chaque sens en possède un, pour transformer en sensations spéciales les vibrations qui lui sont transmises, et cela suffit pour la théorie que je viens d'exposer.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
MONOMANIE INCENDIAIRE

Par M le D^r ROUSSEAU
Directeur-médecin de l'asile d'Auxerre.

On n'est pas encore fixé sur le sort de la monomanie impulsive. Certains auteurs la suppriment résolument à titre de forme distincte de l'aliénation mentale et la considèrent comme une simple expression symptomatique pouvant dériver de plusieurs états pathologiques très différents. D'autres sont d'avis de lui conserver son rang, à cause de sa spécialité et parce que, dans certaines circonstances, elle semble se développer avec les apparences de l'essentialité la plus complète et parcourir ses périodes sans aucune complication d'éléments étrangers. Cette question offre donc un intérêt exceptionnel au double point de vue clinique et médico-légal, et il est d'une utilité incontestable de rassembler tous les documents qui seraient susceptibles de provoquer une solution définitive. Nous avons déjà publié dans les *Annales médico-psychologiques* (1879, tome 4^{er}) une observation assez curieuse de monomanie incendiaire chez une imbécile, nous donnons aujourd'hui l'histoire de deux jeunes filles atteintes de la même maladie, l'une sous l'influence de l'évolution pubère, et l'autre à la

suite d'une dysménorrhée congestive. Ces deux observations méritent particulièrement de fixer l'attention, car non seulement elles reproduisent les traits les plus caractéristiques du désordre intellectuel, mais encore parce qu'elles renferment certaines particularités peu connues jusqu'à présent.

Première observation. — Plessy (Martine) nous est arrivée de la prison d'Auxerre où elle avait été écrouée sous l'inculpation d'incendies volontaires. En effet, le 7 février 1877, elle avait mis le feu dans la maison où elle travaillait comme apprentie et, le 24 mars 1878, dans l'habitation même de ses parents. Le premier incendie a été éteint avant qu'il ait pu occasionner des pertes sérieuses et l'on n'a pas su d'abord quel en était l'auteur. Quant au second, il a été plus important et les circonstances dans lesquelles l'acte criminel avait été accompli amenèrent la preuve certaine de sa culpabilité. Elle nie d'abord avec énergie; puis, accablée par l'évidence, elle fait des aveux complets et déclare en même temps que l'attentat du 7 février 1879 est son œuvre personnelle. Elle vivait en très bonne intelligence avec ses parents et n'avait qu'à se louer de sa maîtresse; aussi lui est-il impossible d'expliquer sa conduite. Cependant *elle se rappelle* que cette dernière lui a donné un jour un soufflet et elle suppose que cette injure aurait bien pu lui inspirer des sentiments de vengeance. Une fois en prison, ses facultés intellectuelles ne présentent rien d'anormal, sa conduite ne laisse rien à désirer, elle s'occupe régulièrement; mais elle ne tarde pas à se livrer à des bizarreries qui attirent l'attention des gardiennes. Elle se montre triste, répond à peine aux questions qu'on lui adresse, fuit toute société et recherche les endroits les plus écartés. Elle se balance automatiquement sur sa chaise dont elle entoure un des pieds de morceaux de chiffons pour ne pas faire de bruit. Tout cela finit par paraître si

étrange qu'on crut devoir charger un médecin d'examiner son état mental. Nous avons assisté à quelques-unes de ces visites et voici le résultat de nos investigations communes.

Plessy (Martine) est née le 10 novembre 1860 et par conséquent elle venait d'avoir 16 ans quand elle mit le feu pour la première fois. Elle est d'une taille petite, ses organes sont bien conformés, sa santé physique est excellente, ses facultés intellectuelles sont bien développées, elle sait lire et écrire convenablement, son caractère est doux et timide. Pendant que nous l'interrogeons, elle ne fait que pleurer et non seulement elle ne cherche pas à se défendre, mais elle met tous les torts de son côté. D'autre part, elle est impuissante à faire comprendre pourquoi elle s'est attaquée directement à sa famille et elle déclare que, depuis son incarcération, elle éprouve un ennui profond, les oreilles lui sifflent et elle est obsédée par des idées de suicide.

Après ces recherches d'un ordre purement moral, nous dirigeons toute notre attention sur les grandes fonctions physiologiques et la lumière s'est faite pour ainsi dire instantanément à nos yeux. Elle a été réglée pour la première fois le 7 février 1877, la seconde fois le 20 septembre de la même année et la troisième fois le 24 mars 1878. La coïncidence était frappante, puisque la première et la dernière de ces dates correspondaient exactement à celles des incendies. Alors, avec les plus grands ménagements et sans jamais lui poser une question qui ait pu la guider, nous sommes parvenus, en faisant appel à sa mémoire pour ainsi dire heure par heure, à reconnaître un processus pathologique parfaitement caractérisé et à en reconstituer pièce par pièce tous les éléments fondamentaux.

La première manifestation menstruelle a été précédée, trois jours à l'avance, de phénomènes nerveux d'une violence extrême : c'étaient un ennui accablant, un malaise

général, une anxiété insupportable, une céphalalgie grave, des douleurs dans toute l'étendue de l'abdomen. Toute occupation était impossible, elle ne pouvait pas même rester en place. La nuit, loin de lui apporter du soulagement, augmentait encore sa situation ; l'insomnie était complète et elle entendait des chuchotements qui l'effrayaient et la faisaient trembler. Elle eut ensuite la perception de voix confuses qui peu à peu devinrent parfaitement distinctes. Elles lui disaient : mets le feu, mets le feu, et lui répétaient continuellement le même ordre. Elle résista pendant 24 heures, mais sa volonté devient impuissante à continuer une pareille lutte et elle succomba le jour même où le phénomène le plus important de la puberté venait de se révéler. Lorsque l'acte criminel fut accompli, l'angoisse, les hallucinations disparurent et tout rentra dans l'ordre. Sept mois après, le flux cataménial se reproduisit et les choses se passèrent sans aucun accident.

Enfin, lorsque les règles se montrèrent pour la troisième fois, le 24 mars 1878, elle avait éprouvé, durant trois mois consécutifs, de l'insomnie ainsi que des sifflements dans les oreilles et, pendant la nuit qui précéda, l'anxiété et les troubles sensoriels avaient reparu avec les mêmes caractères déjà signalés. Elle habitait alors chez ses parents, et c'est dans cette même nuit que n'y pouvant plus tenir, elle se lève avec la formelle intention de mettre le feu ; mais elle est saisie d'horreur en pensant à ce qui pouvait arriver à sa famille. Elle fait un effort surhumain et va se remettre au lit, abandonnant ainsi un dessein dont elle devait poursuivre inexorablement l'exécution quelques heures plus tard. Cet accès fut la reproduction exacte du premier, avec cette différence toutefois que l'angoisse persista tout le temps de l'écoulement menstruel, c'est-à-dire pendant trois jours environ.

En examinant les différents organes de cette jeune fille, on les trouve indemnes de toute lésion appréciable ; mais

la sensibilité est complètement éteinte. L'anesthésie est générale et se remarque sur la peau et sur les muqueuses. Ni la douleur, ni la température, ni le chatouillement ne sont perçus ; on peut même lui passer des corps légers sur la conjonctive oculaire sans déterminer le moindre mouvement réflexe.

Reconnue aliénée, elle est transférée à l'asile d'Auxerre le 24 juin 1878. Son état mental paraît d'abord aussi satisfaisant que possible ; mais, vers la fin de la première quinzaine, elle tombe dans une profonde mélancolie. Les nuits deviennent très mauvaises, elle s'accroupit sur son lit, ses yeux sont grands ouverts, elle s'entretient avec ses parents, rit pendant des heures entières, déchire son mouchoir en petits morceaux et, le lendemain, elle a perdu le souvenir de tout ce qu'elle a fait.

9 août. L'insomnie persiste, la loquacité est extrême, elle parle de se pendre, elle demande qu'on lui coupe les cheveux.

14 août. Les règles apparaissent et elle est prise d'un violent accès d'agitation : rires convulsifs, danses, blasphèmes, cris aigus. Elle supplie qu'on lui applique la camisole, car elle va commettre *quelques catastrophes*.

Le 18 août, le calme reparaît, mais elle se plaint d'une violente céphalalgie.

A partir du mois de septembre, elle éprouve encore quelques accès d'agitation, mais ils diminuent de fréquence et d'intensité.

Ils coïncident invariablement avec l'époque menstruelle et l'anesthésie est toujours aussi profonde. En même temps, elle souffre dans le ventre et du côté de la tête.

26 janvier 1879. Elle est calme, laborieuse et manifeste les meilleurs sentiments. Les règles surviennent sans aucun accident. Elle assure qu'elle n'a plus envie de mal faire et que, depuis les actes odieux qu'elle a accomplis, l'idée de mettre le feu ne lui est jamais revenue, même

quand elle était le plus malade. L'insensibilité persiste au même degré.

8 mars. Les règles n'ont pas reparu depuis le 26 janvier ; les voies digestives s'embarrassent, elle accuse des vertiges incessants. On lui fait alors une application de deux sangsues à la partie supérieure et interne des cuisses.

12 mars. L'écoulement menstruel a paru pendant la nuit dernière et il est très abondant.

14 mars. Il vient de se produire un phénomène remarquable ; l'anesthésie qui était complète et générale a disparu et la sensibilité s'est réveillée brusquement.

Depuis lors, la situation de cette jeune fille s'est progressivement améliorée et tout chez elle est rentrée dans l'ordre. L'examen interne a permis de constater que l'utérus est tout à fait dans son état normal : pas d'engorgement, pas de congestion, pas de chaleur ; le col est souple et l'orifice externe est parfaitement régulier.

Elle est restée soumise à une observation attentive pendant près de deux mois et, comme ses fonctions morales et physiques ne laissent plus rien à désirer, elle a reçu son exeat et est sortie par guérison le 31 mai 1879.

Deuxième observation. — La nommée Garnier (Pauline) nous vient aussi de la prison d'Auxerre où elle avait été séquestrée dans les conditions suivantes :

Le 13 mai 1877 un incendie se déclarait vers huit heures et demie du soir, à Montigny-la-Resle, dans un hangar dépendant de l'habitation du sieur M..., vigneron. Grâce à la promptitude des secours, le feu fut bientôt éteint et le dommage se borna à la destruction du hangar. Une demi-heure après, un autre incendie éclatait dans le grenier de la maison contiguë, appartenant à M. T..., notaire au même lieu. Il fut aussi comprimé presque instantanément et n'occasionna qu'un préjudice sans importance. Tous deux

furent attribués à la malveillance, sans qu'aucun indice mit sur la trace des auteurs.

Quelques jours plus tard, le 3 juin dans la soirée, le feu se manifesta de nouveau dans le grenier de l'habitation de M. T...; ses ravages furent plus considérables et la perte qu'il entraîna peut être évaluée à 2,000 francs.

Il devenait évident qu'une main criminelle multipliait ses tentatives sur le même point. Deux lettres anonymes adressées au sieur T... et que la fille Garnier, sa domestique, prétendait avoir trouvées sous la porte de la maison, égarèrent d'abord les soupçons sur un sieur M... (Cléophas). Mais ils se retournèrent bientôt contre la fille Garnier elle-même. Les lettres anonymes étaient son œuvre. Elle ne put disconvenir, quand on eut comparé les écritures et surtout quand on eut découvert, dans l'une de ses poches, le brouillon préparé d'une troisième lettre de même nature que les précédentes. Elle avoua alors que c'était elle qui, à trois reprises, avait allumé les incendies et pour expliquer ces actes, elle se borne à dire qu'elle était mécontente de quelques reproches que lui avait faits la dame T... à l'occasion de son service.

Les charges ayant paru suffisantes, la fille Garnier fut renvoyée devant la cour d'assises de l'Yonne pour y être jugée; mais, au cours des débats, la défense, ayant cru reconnaître que l'accusée pouvait être atteinte d'aliénation mentale, obtint la remise de l'affaire à une autre session et nous fûmes chargé avec MM. les docteurs Dionis des Carrières et Lefèvre d'examiner son état mental.

Pour élucider la question délicate qui nous avait été posée, nous nous sommes attachés à étudier successivement, et avec la plus scrupuleuse attention, tout ce qui se rapporte à la constitution physique, physiologique et morale de l'inculpée.

Elle est née le 20 avril 1860 et, par conséquent, elle vient d'avoir 47 ans; sa taille est de 4 mètre 58, l'harmonie

des formes est satisfaisante, toutes les différentes parties du corps sont régulièrement développées. On ne connaît aucune maladie cérébrale chez ses parents. Elle est robuste, d'un tempérament sanguin, elle paraît indemne de toute affection diathésique et elle assure qu'elle a toujours joui d'une excellente santé. La sensibilité générale est normale. L'évolution pubère a été longue à s'opérer, les règles se sont montrées pour la première fois le 25 juin 1876, c'est-à-dire à l'âge de seize ans. A chaque époque, elle éprouvait des accidents dysménorrhéiques consistant en vives douleurs dans les aines et dans les côtés, et en fluxions sanguines vers la tête qui se jugeaient quelquefois par des épistaxis.

Son intelligence est très médiocre, elle sait à peine lire et écrire, bien qu'elle ait suivi les classes pendant six années consécutives. Sa mémoire est fidèle et, malgré les assertions d'un témoin qui prétend que ses paroles n'ont le plus souvent aucune signification, elle raisonne d'une manière convenable sur sa situation. Les sentiments affectifs ne laissent rien à désirer. Elle possède des notions suffisantes de morale, distingue parfaitement le bien du mal et se repent amèrement des actes qu'elle a commis. Comme on insistait pour lui faire comprendre qu'elle ne devait s'en prendre qu'à elle-même et qu'il lui eût été bien facile de ne pas céder à ses mauvaises passions, elle a répondu que l'esprit de vengeance n'est jamais entré dans ses déterminations et que si elle avait fait de pareilles déclarations devant la justice, c'est qu'elle ignorait elle-même le mobile qui l'avait entraînée. Elle a donné une *raison quelconque* parce qu'elle était forcée d'en fournir une; mais, quand elle a accompli les actes qui lui sont reprochés, elle avait l'esprit complètement égaré, et maintenant que sa tête est suffisamment dégagée, elle cherche vainement à expliquer sa conduite.

Lui ayant ensuite demandé les dates de ses deux der-

nières époques menstruelles, elle nous donna celles du 43 mai et du 5 juin 1877. La coïncidence frappa vivement notre attention, puisque le premier incendie avait eu lieu le 43 mai, le second le 3 juin suivant et puisque la lettre de dénonciation avait été écrite le 5 du même mois. Elle fut alors interrogée avec toute la prudence possible et, en stimulant son attention et ses souvenirs, nous sommes parvenus à obtenir les renseignements suivants dont elle n'avait jamais parlé devant le juge d'instruction.

Peu de temps après son entrée au service de M. T..., elle a trouvé des livres dont la lecture lui a causé une profonde impression : c'étaient l'*Amour conjugal*, le *Petit Albert* et peut-être aussi des ouvrages de médecine dont les gravures représentaient les opérations les plus graves de chirurgie. Ces scènes horribles se représentaient continuellement à sa vue.

Dans la nuit du 42 au 43 mai, elle éprouve un affreux cauchemar, elle croit voir trois hommes à sa poursuite qui veulent s'emparer d'elle pour la faire périr. Son émotion est si violente qu'elle finit par s'éveiller ; alors elle se jette hors du lit, et reste trois quarts d'heure à peu près sans lumière, tremblante encore d'effroi, presque nue, les pieds sur le carreau, de telle façon qu'elle grelottait. A peine recouchée, elle est prise d'un violent mal de tête, les tempes sont douloureuses comme si on lui avait enfoncé des épingles jusqu'au cerveau ; des flammes lui passent devant les yeux et elle perçoit des *bouillonnements* dans les oreilles. Bientôt après, elle entend des voix qui, d'abord prononcent des mots inarticulés, puis l'appellent et lui font des menaces de mort. La nuit s'est terminée sans qu'elle puisse fermer les yeux. A son lever, elle éprouve un si violent mal de cœur qu'elle est obligée de se recoucher, ce qui lui procure un grand soulagement. Un peu plus tard, quand elle a repris son travail, elle espère que le mouvement et l'exercice vont faire diversion à ses préoc-

cupations pénibles; mais il en est tout autrement. Dans la matinée, les règles apparaissent et augmentent les accidents nerveux; la céphalalgie et les troubles sensoriels ne lui laissent pas de répit; son anxiété redouble et elle revoit les scènes décrites dans les ouvrages précités. Tous les détails de son cauchemar lui reviennent à la mémoire et elle frissonne continuellement sans savoir pourquoi. C'est dans de pareilles dispositions qu'elle essuie quelques reproches de la part de sa maîtresse parce que l'enfant qu'elle lui avait confié était revenu avec un tablier mouillé. A sept heures du soir, elle prend un débris de journal et tombe justement sur un article qui donnait la relation d'un incendie. Aussitôt le désir de mettre le feu lui vient à la pensée. Cette idée la poursuit, atroce, intolérable; elle ne la discute pas, elle la subit passivement. Elle a vu leur voisin, le sieur M... s'éloigner de son habitation, elle prend deux allumettes, en fait flamber une et met le feu dans son hangar, espérant peut-être qu'il se communiquerait à la maison de M. T...

Cet acte consommé, son état cérébral ne se modifie pas. Une demi-heure après, elle monte dans le grenier de son maître, avec une lanterne qui ne ferme pas. Elle prétend que le feu s'est communiqué à des brindilles de paille, sans qu'il y ait eu de sa part aucune mauvaise intention; néanmoins, elle ne fait rien pour l'éteindre et redescend tranquillement.

Lorsque tout est rentré dans l'ordre et qu'elle entend dire que *ça ne serait rien*, elle va se coucher vers les onze heures. Alors elle se sent tout à fait soulagée; elle éprouve bien encore un peu de douleur à la tête; mais elle ne voit plus de flammes et n'entend plus de voix. Cependant elle ne peut dormir, pensant au mal qu'elle a occasionné et aux chances qu'elle a d'être découverte. Elle se trouve aussi sous l'influence de vives frayeurs, réminiscence probable de son cauchemar, puisqu'elle regarde à plusieurs

reprises sous son lit pour voir si personne n'y est caché.

Jusqu'à la fin du mois de mai, elle se plaint de légères céphalalgies qui se produisent de temps à autre, mais elle reste parfaitement calme.

Le 3 juin, elle se fatigue beaucoup à l'occasion d'un repas que donnent ses maîtres. La chaleur des fourneaux lui fait monter le sang à la tête et la céphalalgie reparait avec le cortège des mêmes symptômes qu'au 13 mai. Elle entend des voix qui la menacent et prononcent son nom; aussi elle demande plusieurs fois à la cuisinière si ce n'est pas elle qui l'appelle. C'est encore le même jour que sa maîtresse lui adresse quelques remontrances bien anodines pour des couteaux mal essuyés. Dans la soirée, les phénomènes cérébraux deviennent de plus en plus intenses. Elle monte au grenier pour prendre du bois, portant avec elle une lampe à pétrole et deux allumettes. Elle venait d'allumer sa lampe et tenait encore à la main l'allumette qui flambait, quand l'idée lui vient subitement de la jeter au milieu de la paille. Elle fait ensuite sa provision de bois, redescend, se remet à son ouvrage et, une demi-heure après, elle donne le signal de l'incendie. Après avoir aidé à la répression du feu, elle va se coucher à une heure et demie du matin avec une femme qui partage son lit, elle n'entend plus de voix, mais elle éprouve toujours des frayeurs et sa conscience lui reproche amèrement le crime qu'elle vient de commettre.

Le 4 juin, la céphalalgie disparaît le matin et se reproduit dans la soirée.

Le 5, la céphalalgie augmente et se complique de troubles sensoriels; les règles apparaissent et l'anxiété devient extrême. C'est alors que voyant passer le nommé M... (Cléophas), son appétence pour le mal se réveille brusquement, tout en revêtant une autre forme. Elle écrit aussitôt une lettre anonyme dans laquelle elle dénonce ce dernier, ce

qu'elle eût fait, du reste, pour toute autre personne qui, en ce moment, aurait fixé son attention.

Le 6, elle se trouve dans les mêmes dispositions physiques et morales, le besoin de faire le mal la tourmente encore et elle rédige une lettre extravagante, qu'elle ne signe pas non plus et qu'elle apporte à son maître, en disant qu'elle vient de la trouver sous la porte. C'est probablement le même jour qu'elle a écrit le brouillon d'une autre lettre trouvée dans une de ses poches. Elle priaït le curé d'une commune voisine de publier ses bans, car il y avait promesse de mariage entre elle et l'un de ses paroissiens. Ajoutons immédiatement que tout cela n'avait jamais existé que dans son imagination.

Le 7, une hémorrhagie nasale se produit; aussitôt tous les accidents du côté de la tête cessent brusquement, elle éprouve un soulagement complet et tout rentre dans l'ordre.

Dans la prison, sa conduite est excellente, les règles reparaissent sans aucune complication et elle écrit à ses parents une lettre pleine de sentiment et de bon sens. Mais les choses changent brusquement. Un jour, la gardienne venait d'ouvrir la porte de sa cellule, lorsque la fille Garnier se précipite sur elle dans un état méconnaissable; la face est empourprée, les yeux sont féroces et son attitude est furieusement agressive. La gardienne effrayée n'a que le temps de refermer la porte et nous fait avertir de l'incident; mais quand nous nous présentons à la prison, tout avait en partie disparu et elle était redevenue calme sous l'influence de quelques seaux d'eau froide qu'on lui avait versés sur la tête. Elle était cependant encore très rouge et toute tremblante.

Conformément à nos conclusions, elle fut acquittée comme aliénée et irresponsable par la cour d'assises et transférée à l'asile d'Auxerre le 23 août 1877.

21 septembre. A la suite d'une visite de sa mère qui l'a

très émotionnée, sa tête se congestionne brusquement et il se déclare une épistaxis. L'anxiété devient générale, elle ne peut supporter le bruit des autres malades, croit qu'on se moque d'elle et qu'on la tourne en ridicule. Elle se rend alors dans le préau où elle espère retrouver la tranquillité; mais à peine y est-elle arrivée qu'elle se met à tourner autour d'un arbre en versant des larmes abondantes, puis elle perd connaissance et se laisse tomber à terre. Aussitôt qu'elle est relevée, elle injurie et frappe les personnes qui l'entourent. Comme on était en droit de redouter des accidents épileptiformes, elle a été soumise à une observation continue; mais de semblables accès ne se sont jamais reproduits.

3 octobre. Nouvel état congestif. La face s'injecte et le membre supérieur rougit vivement depuis la main jusqu'au coude. Pendant la nuit, elle voit son père et sa mère qui lui adressent des reproches; elle se croit au palais de justice, toutes les phases de son procès lui apparaissent; elle s'entend juger et condamner à mort.

24 décembre. L'hypérémie cérébrale, qui éclate tantôt à l'époque des règles, tantôt dans leur intervalle, donne lieu à des phénomènes d'un autre genre. Elle se livre pendant trois heures de suite à des rires convulsifs et inextinguibles, prétendant que tout ce qu'elle fait ou voit faire excite son hilarité.

26 janvier 1879. Les accès de rire continuent, ils vont jusqu'à la suffocation et sont jugés par des épistaxis. D'autres fois, elle éprouve des accès de fureur qui exigent qu'on lui applique la camisole. Les battements du cœur sont irréguliers, la peau est frappée d'anesthésie, les voies digestives sont recouvertes d'un enduit saburral. Après chaque crise, elle tombe dans une sorte de stupeur mélancolique.

8 février. — Agitation furieuse, elle cherche à assommer les malades à coups de sabot et brise les vitres des fenêtres. Elle parle seule, se plaint qu'on lui tire la cervelle, voit

des flammes, des soleils et des fleurs. Elle est épouvantée par des individus qui la poursuivent ; son père lui-même lui scie les bras, sous prétexte de la saigner. Depuis quelques jours, elle mange à peine, parce qu'elle croit qu'on veut l'empoisonner.

27 février. — Les règles apparaissent et elle s'agite immédiatement et avec plus de violence que jamais. Elle tombe ensuite dans la tristesse et le mutisme. Violentes palpitations.

A partir du mois de juin, une certaine amélioration commence à se manifester ; le cerveau se fluxionne plus rarement et avec moins d'intensité ; elle n'a plus d'accès de fureur ; au contraire, quand elle s'agite, elle ne pense plus qu'à danser et à chanter. Quant aux troubles nerveux, ils persistent avec les mêmes caractères.

Au commencement de 1879, on peut la considérer comme étant en pleine convalescence, les fonctions physiologiques s'exercent avec la plus parfaite régularité ; les palpitations, l'anorexie ont disparu ; la tête est libre, la surface cutanée est redevenue sensible, l'utérus présente son volume normal ; mais le col est légèrement douloureux en arrière. La lucidité est complète, elle se montre douce, affectueuse, raisonnable, elle s'occupe avec zèle et cherche à se rendre utile.

La guérison ne faisant plus aucun doute, elle a été rendue à sa famille le 2 juin 1879.

REFLEXIONS. — Ces deux observations présentent un intérêt tout spécial. Elles confirment, dans une certaine mesure, la théorie des adversaires de la monomanie en démontrant que l'idée impulsive n'a jamais été isolée et qu'elle n'est apparue qu'à l'état de symptôme parmi les éléments d'un processus pathologique bien autrement complexe. De part et d'autre, la cause des accidents réside dans une lésion dynamique de la fonction utérine qui, par voie réac-

tionnelle, a retenti jusqu'au cerveau, produisant d'abord des troubles somatiques : la fluxion et la stase sanguine, puis des troubles sensoriels : les hallucinations, et enfin des troubles psychiques caractérisés par le délire impulsif. Ce dernier n'a qu'une existence éphémère, il appartient chronologiquement et hiérarchiquement à une phase d'organisation et, après une rémission variable dans les deux cas, quand la folie la plus complète vient à éclater, il perd alors toute sa spécialité et finit par se résoudre au milieu des autres manifestations phénoménales de cette dernière affection.

Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est l'inconscience de ces deux filles relativement au point de départ de leurs criminelles déterminations. Lorsqu'elles sont appelées à donner des explications à ce sujet, elles acceptent l'entière responsabilité de leurs actes, elles mettent tous les torts de leur côté et, bien qu'elles n'aient jamais éprouvé de sentiments de vengeance, elles font toute espèce d'efforts d'imagination et arrivent à se persuader qu'il est bien possible que certaines offenses de la part de leurs maîtresses aient pu les porter à ces extrémités.

Lorsque les monomaniaques ont enfin cédé à l'obsession qui les poursuit sans relâche, ils réagissent différemment suivant leur idiosyncrasie. Les uns éclatent en transports de joie ; les autres éprouvent de simples regrets ; un certain nombre ressentent de si violents remords qu'ils se livrent à la justice ; il en est aussi qui manifestent l'indifférence la plus complète. Mais nos deux malades n'appartiennent à aucune de ces catégories. Elles déplorent tout le mal qu'elles ont causé ; mais elles n'en apprécient aucunement les conditions originelles. Leur trouble cérébral ne laisse même pas subsister l'instinct de la conservation, et si les débats n'avaient pas fait reconnaître quelque chose d'anormal dans leur manière d'être, elles auraient accepté sans protestation les résultats du procès. Nous-mêmes, pour obtenir d'elles

ces renseignements qui démontrent avec la dernière évidence le désordre de leurs facultés intellectuelles, nous avons éprouvé les plus grandes difficultés; elles reconstituaient les faits comme si elles sortaient d'un rêve et ne paraissaient aucunement en comprendre l'importance.

Les caractères du délire impulsif, son intermittence, l'anxiété, la détente après le crime, sa coïncidence avec les époques menstruelles, nous ont permis d'écarter immédiatement toute idée de simulation. Il est vrai que certains accusés peuvent invoquer l'influence d'une force supérieure, irrésistible, qui a paralysé leur volonté; mais ils seraient incapables d'échafauder un système de défense plus compliqué et qui réclamerait des connaissances scientifiques peu communes.

Il est donc indispensable, dans les cas de ce genre, de n'agir qu'avec la plus extrême prudence, d'apporter dans l'interrogatoire des accusés un soin tout particulier et de n'admettre certaines de leurs assertions qu'après vérification complète. On comprend, du reste, les terribles conséquences qui pourraient en résulter; surtout si, après un premier orage, il se produisait une accalmie de quelque durée.

Archives cliniques

61

ASILE DE BICÊTRE. — M. LÉLUT.

Épilepsie.

Mort subite par privation d'air atmosphérique et dans un violent accès de colère. — Adhérences inflammatoires non soupçonnées des méninges à plusieurs points de l'extérieur du cerveau.

J. Luquet, jeune homme de 25 à 30 ans, de petite taille, mais d'une force et d'une constitution véritablement athlétique, était depuis un certain nombre d'années sujet à des accès d'épilepsie très violents, et en outre, à des accès de manie avec hallucinations déifiantes, qui le rendaient méchant jusqu'à la fureur et à la férocité; ces accès de délire suivaient d'ordinaire les attaques d'épilepsie, mais quelquefois pourtant ils avaient lieu sans elles ou les annonçaient.

Le 23 août 1835, Luquet, qui depuis un ou deux jours était un peu singulier, défiant, disposé à la violence, a une querelle à l'occasion de la paie de son travail. Il se porte à des voies de fait, s'échappe; on le poursuit, on le terrasse, des garçons de service lui appliquent maladroitement et trop longtemps le tablier sur la face, cela provoque des accès d'épilepsie et la mort a lieu en quelques minutes, en partie aussi sans doute par l'occlusion de la bouche et la constriction du larynx. J'examine le cadavre quelques minutes après la mort, il y a de très légères traces de constriction à la peau du côté droit du cou.

Nécroscopie 18 à 20 heures après la mort.

Habitude extérieure. Embonpoint considérable, formes athlétiques.

Système nerveux. Les téguments du cou, de la face et du reste de la tête sont d'un violet foncé, le cuir chevelu contient beaucoup de sang. Il en est de même du diploé des os du crâne et de la dure-mère. Les veines de l'arachnoïde offrent aussi une grande quantité de ce liquide. Les mailles de la pie-mère contiennent une assez grande abondance de sérosité sur la convexité du cerveau. Le feuillet cérébral de l'arachnoïde adhère d'une manière manifestement pathologique, à un grand nombre de points de la surface de tout l'encéphale, surtout à la convexité des hémisphères et à la face inférieure des lobes antérieurs. A l'endroit où ont lieu ces adhérences, la substance grise a perdu de sa cohésion, est nulle, d'un rouge évident, et s'enlève par plaques assez épaisses qui restent attachées à la membrane. Tout le cerveau, du reste, et le cervelet sont manifestement injectés, et la substance grise des corps striés aussi bien que celle des circonvolutions est bien plus rouge qu'à l'ordinaire. Le cerveau est généralement mou. Il l'est beaucoup plus que le cervelet. Il n'offre aucune lésion locale soit chronique soit aiguë.

Appareil respiratoire. Il y a du sang noir fluide dans le larynx et dans la trachée artère. La membrane de tout le tuyau aérien est d'un violet noir. Les deux poumons contiennent une énorme quantité de sang. Ils sont comme splénisés.

62

MAISON DE CHARENTON. — M. FOVILLE.

Manie avec prédominance d'idées de grandeurs.

Accès de manie avec prédominance d'idées de persécutions et de grandeurs coïncidant avec un état anémique aigu et très prononcé. — Guérison rapide.

M. M... est âgé de quarante-deux ans ; il appartient à une famille de cultivateurs savoisiens. Son père et sa mère sont parvenus à un âge avancé et sont morts sans jamais avoir été atteints d'aucune maladie nerveuse. Ils ont eu douze enfants, dont la plupart vivent encore et jouissent d'une bonne santé.

M... a d'abord habité Lyon, et depuis douze ou quinze ans il est à Paris ; plusieurs de ses frères, établis dans la même ville, ont réussi à se faire dans le commerce une bonne position ; mais lui, il n'a jamais pu s'élever au-dessus du métier de commissionnaire, qu'il exerce, du reste, avec beaucoup d'exactitude et de probité. Il est peu intelligent ; n'a pas reçu d'éducation ; est assez religieux, mais en même temps crédule ; il est très rangé et économe, mais il aime aussi à boire en compagnie de ses compatriotes. Il est probable qu'en 1846, étant à Lyon, il a été sollicité pour entrer dans quelque société secrète ; dans ces dernières années, il a été en rapport avec des membres de la société de Saint-Vincent-de-Paul et peut-être avec quelques francs-maçons.

Sa santé n'est pas précisément mauvaise ; mais il a eu anciennement une fracture de la jambe gauche et il a conservé un raccourcissement notable de ce membre ; à la suite du même accident, des varices très volumineuses se sont développées, et il a été obligé depuis lors, de porter un bas lacé.

Il avait une assez bonne alimentation; mais, privé de presque toutes ses dents, il mâchait avec beaucoup de peine et la nutrition en souffrait; il est maigre et ordinairement pâle.

Le 10 février 1868, à la suite d'une journée de courses fatigantes, il se couche sans remarquer rien de particulier dans son état. Au milieu de la nuit, il se réveille et s'aperçoit que son lit est plein de sang; une varice volumineuse s'était rompue et avait causé une hémorrhagie abondante; les soins lui manquant, cette hémorrhagie n'est arrêtée par lui, qu'avec peine; le surlendemain il fait une nouvelle course, le sang s'échappe de nouveau, en quantité considérable; à partir de ce moment, il reste couché, privé de soins et prenant, pour tout aliment, ce que quelques voisins voulaient bien lui aller chercher au restaurant, quand ils rentraient eux-mêmes de leur ouvrage, entre neuf et dix heures du soir. Ce n'est que neuf ou dix jours après les premiers accidents, que ses frères, prévenus par hasard, viennent le voir; ils le trouvent bizarre, inquiet, déraisonnable; les jours suivants, le trouble intellectuel s'accuse d'avantage, et prend le caractère d'un accès de manie. M... parle d'une manière intarissable, répond à des voix, paraît tourmenté par des visions, croit que les aliments qu'on lui offre sont empoisonnés. En même temps, il manifeste des idées de persécutions et de grandeurs mélangées; il se croit poursuivi par la police, accuse ses frères de s'être concertés pour le frustrer de sa part de l'héritage paternel, parle des francs-maçons, des sociétés secrètes, puis, en même temps, il dit que l'empereur et l'impératrice s'occupent de lui, vont lui faire donner la croix et d'immenses richesses; généreux à son tour, il fait à chacun d'éblouissantes promesses, et répand autour de lui, en paroles, d'inépuisables largesses.

Dans la nuit du 26 février, il devient violent, frappe ses frères, veut échapper à la surveillance; on se décide à l'amener le lendemain à l'asile.

A ce moment, les plaies des jambes de M... sont bien ci-

catrisées ; mais M... est faible, très pâle, et ses muqueuses ont une teinte anémique très prononcée. Il éprouve encore des hallucinations, et manifeste par moments quelques tendances à la violence ; ses propos sont diffus, incohérents et portent le cachet des idées de persécutions et de grandeurs qui a été précédemment décrit. Les dents sont en très mauvais état ; son langage est un français très incorrect, et très mal prononcé ; ces deux causes réunies font qu'il est très difficile de dire, au premier abord, si sa prononciation présente une altération pathologique.

Au bout de très peu de jours, pendant lesquels on parvient, malgré les difficultés qu'il oppose, à lui faire prendre régulièrement sa nourriture, il se calme, et redevient lucide.

Le 44 mars, il entre dans la division des convalescents et s'exprime sur le compte de ses frères en termes bien différents de ceux qu'il avait employés jusqu'ici. Sa prononciation reste la même.

Le 42, un de ses frères le voit, et après plus d'une heure de conversation, dit qu'il l'a trouvé aussi raisonnable qu'avant son accès de délire ; il ajoute qu'il n'a jamais parlé autrement qu'il ne le fait maintenant. Les jours suivants, l'amélioration persiste et M..., en pleine convalescence, reste à l'asile encore une quinzaine de jours pour se reposer et reprendre des forces.

Il sort le 26 mars, guéri de son accès de manie.

Remarques. — Les idées de grandeurs auxquelles M... a été en proie, pendant quelques jours, ont une analogie complète avec celles qui prédominent dans la forme expansive de la folie paralytique ; sa prononciation était loin d'être parfaite, et pouvait contribuer à faire croire qu'il était atteint de cette maladie. Mais ce dernier symptôme perdait beaucoup de son importance, parce que M... avait la plupart des dents absentes, ou en partie détruites, et qu'originaires des montagnes de la Savoie, il s'exprimait

très imparfaitement en français ; nous avons su, au bout de quelques jours, qu'il avait toujours parlé de la même façon, en sorte qu'il n'a réellement pas présenté de trouble de la motilité.

Quant au délire, il a été très passager, et derrière lui, on n'a trouvé aucun signe de démence ; enfin l'on s'est rendu un compte assez satisfaisant des circonstances qui avaient fait éclater cet accès maniaque, qui paraît avoir été causé par des pertes de sang considérables, venant s'ajouter à un état de santé peu satisfaisant.

Nous croyons donc que M... n'a eu qu'un accès de manie, sans commencement ni menace de paralysie générale ; si cette appréciation est exacte, il faut conclure de l'observation de M... que le délire des grandeurs, se produisant accidentellement comme symptôme accessoire, dans le cours de la manie simple, peut avoir les caractères de diffusion et d'incohérence propres à celui qui prédomine dans la folie paralytique.

63

MAISON DE SANTÉ DE TOULOUSE.— M. PARANT.

Cas de mégalomanie.

Hallucinations et idées de persécution anciennes. — Délire ambitieux consécutif. — Absence de troubles de la motilité. — Pas de symptômes de paralysie générale.

M. X..., avocat, quarante-sept ans, marié, entre à la maison de santé, pour la deuxième fois, le 29 janvier 1879.

Il est malade depuis une vingtaine d'années.

Pendant dix ans environ, l'état de maladie ne se manifesta chez lui que par une grande irritabilité, de la défiance à l'égard de sa famille et de ses amis, quelquefois par un peu d'excitation. Ces phénomènes se produisaient d'une

manière fort irrégulière; pendant d'autres périodes assez longues, M. X...était bien disposé.

Vers 1869, il y eut aggravation notable de la maladie. L'agitation devint marquée et fréquente. M. X... était alors plus impérieux que de coutume; il faisait des menaces. Ses idées de défiance augmentaient et il finit par croire à une véritable persécution organisée contre lui. La pensée de se protéger le rendit fort dangereux. Il avait constamment des armes à sa portée et disait à chaque instant qu'il allait s'en servir. A la même époque des idées de grandeur se manifestèrent chez lui. M. X... déclara à sa femme qu'il n'était pas ce que l'on croyait; qu'il était de sang royal et que c'était assurément cette qualité qui l'exposait à toutes les persécutions dont il avait à se plaindre. Alors aussi il se mit à croire qu'il était extrêmement riche et il commença à faire des dépenses bien supérieures à ses ressources.

Pour éviter qu'il ne se ruinât, et aussi parce qu'il devenait chaque jour plus dangereux, sa famille dut le faire interner.

Il entra, pour la première fois, à la maison de santé de Toulouse le 28 janvier 1871. Il y resta jusqu'au 25 mai 1872.

Les détails manquent sur son état pendant cette période. Les certificats délivrés au moment de l'entrée par M. le

Ripoll (de Toulouse) et par M. le Dr Foville père, médecin de la maison de santé, établissent que l'aliénation mentale de M. X...est caractérisée «par un état maniaque avec conceptions délirantes qui le portent à commettre des actes de violence compromettant la sécurité publique»; «qu'il se croit menacé de bien des dangers; il est persécuté; on en veut à sa vie. Il a toujours sur lui des armes à feu pour se défendre; on a trouvé un poignard caché sous ses vêtements..... ses conceptions délirantes lui font croire qu'il est roi de France. Il a d'ailleurs de nombreuses hallucinations.»

En juillet 1871, un commencement d'amélioration se

manifeste et, dix mois plus tard, M. X... peut rentrer guéri dans sa famille.

Pendant deux ou trois ans, la guérison se maintient d'une manière satisfaisante.

Mais, vers 1875, l'irritabilité et la défiance qui avaient marqué les débuts de la maladie se manifestèrent de nouveau. Toutefois, par suite de la crainte qu'il avait de rentrer dans un asile d'aliénés, M. X... parvenait à se contenir.

En dépit de ses efforts, le délire éclata de nouveau vers la fin de 1878 et se manifesta par des idées de persécution. Les jésuites et les sociétés secrètes s'étaient ligüés contre M. X...; ses ennemis l'enveloppaient de leurs machinations et il lui fallait, disait-il, user d'une grande prudence pour échapper à tous les périls qui le menaçaient.

Alors aussi les mêmes idées de grandeur qu'autrefois reparurent ainsi qu'une agitation fréquenté et quelquefois très forte avec tendances à la violence. Il fallut de nouveau séquestrer le malade.

A son entrée dans la maison de santé, il est dans un état d'exaltation prononcée. Il parle beaucoup, il est très affairé et se donne beaucoup de mouvement. Du reste, il n'est pas surpris de ce qui lui arrive. Il fallait bien que les sociétés secrètes, à l'hostilité desquelles il est en butte et dont il voit partout des affiliés, en arrivassent à leurs fins. Il se défie de tout le monde et il entend souvent que les personnes qui l'approchent lui disent des paroles menaçantes. Il se considère d'ailleurs comme un homme important destiné à jouer un grand rôle dans le monde, et peut-être à réorganiser la France; c'est pour cela qu'il est persécuté.

Lorsqu'il est isolé dans sa chambre, il a de nombreuses hallucinations; les voix qu'il entend lui parlent surtout à travers les orifices ouverts dans les murs (guichet de surveillance, bouches de chaleur, etc...).

M. X... paraît avoir un peu d'affaiblissement intellectuel, dissimulé par son animation ordinaire, mais qui se trahit

par la puérilité et le peu de variété des conceptions.

Il ne présente aucun trouble de la motilité autre que son agitation maniaque.

Avril 1879. M. X... laisse un peu mieux voir actuellement la nature de ses idées délirantes. « Comme il est roi de France (il ne le dit pas ouvertement, mais il le laisse bien comprendre), il se préoccupe des moyens de défendre son royaume. Il prépare un plan de fortifications, de protection générale ; toutes les villes seront réunies entre elles, par des chemins de fer stratégiques, construits d'après ses indications sur un nouveau système. Il a un plan qu'il fera imprimer et vendre, mais il s'arrangera de manière à ce que les Prussiens ne puissent en acheter aucun exemplaire... »

M. X... est le plus habituellement calme depuis son entrée ; mais il a quelquefois des accès d'irritation et d'emportement, où il est menaçant et manifestement dangereux.

2 mai. M. X... s'est plaint aujourd'hui de ce que plusieurs personnes de la maison se réunissent la nuit près de sa chambre et y font une sorte de cuisine qui l'empeste et l'oblige à fermer hermétiquement toutes les ouvertures.

16 mai. M. X... est actuellement exalté ; il parle de mener tout à sa guise et rondement. Il est assez puissant pour cela, dit-il.

Juin. Le délire des persécutions et les hallucinations sont très accentués. M. X... continue à se plaindre qu'on vienne l'infecter la nuit ; il se plaint aussi qu'on vienne alors lui faire des propositions honteuses. Il voit des personnes dans sa chambre et il les entend parler. Il se vengera d'une manière terrible. Il se plaint encore de ce que nous ne rendons pas à sa personne les hommages qu'elle mérite et que nous méconnaissions les immenses services qu'il a rendus... Il se défie de plusieurs pensionnaires de la maison, qui sont des espions, des suppôts des jésuites, etc...

Août. M. X... a des alternatives de taciturnité et d'ex-

pansion. Dans ce dernier cas il parle volontiers de sa personnalité remarquable ; il est un homme supérieur, il imagine des plans, des combinaisons, des inventions extravagantes. Entre autres choses, il projette un certain canal maritime de Cette à Bordeaux, sans écluses ; et par ce canal il fera que Toulouse deviendra une excellente station de bains de mer.

Il parle toujours des persécutions dont il est l'objet ; mais, à force d'habileté, il finit par déjouer tous les projets formés contre lui.

Septembre à décembre. Rien de particulier.

1880. *Janvier.* Persistance des mêmes idées de persécution. Les idées de grandeur existent aussi toujours. Cependant M. X... ne semble plus croire qu'il est roi ; il est seulement un homme de génie, riche en inventions merveilleuses. Ce n'est plus un seul canal maritime, mais deux, voisins l'un de l'autre, qu'il va créer entre Cette et Bordeaux. Il en étudie également un entre Marseille et le Havre par Paris. Tout cela lui sera facile à créer, et il va enrichir et transformer la France. Il invente des perfectionnements remarquables à toutes sortes de choses. En même temps qu'inventeur, il est grand poète, même en patois, et bien supérieur à Jamin.

Il est à noter que, quand on le laisse beaucoup parler ou qu'on veut lui faire expliquer ses conceptions, il entre dans une phraséologie à laquelle il est impossible de rien comprendre et qui renferme une réelle incohérence.

Pendant le reste de l'année 1880 et jusqu'à ce jour, il n'y a rien de particulier à signaler. Les mêmes idées persistent, bizarres, souvent obscures et incohérentes. M. X... ne présente plus d'agitation ; il est seulement quelquefois un peu animé et fait alors l'homme empressé et aimable ; il est d'une politesse obséquieuse. Mais il agit ainsi par bienveillance, car il se regarde toujours comme le plus grand génie de la terre.

Il parle très rarement de persécutions; cependant il croit toujours devoir se défier des jésuites et des sociétés secrètes, dont nous sommes peut-être les instruments inconscients...

Il ne dit plus qu'il est roi de France; il est également moins occupé d'inventions et de transformations de son pays. Mais il fait des vers qu'il croit sublimes et qui révèlent en lui un grand poète. Chaque jour il en produit un bon nombre (si toutefois on peut donner le nom de *vers* aux mots qu'il assemble), et il nous les lit avec emphase.

Il continue à ne présenter aucun trouble de la motilité, et il fait des progrès vers la démence.

Juin 1881.

Législation

BROADMOOR

CRIMINAL LUNATIC ASYLUM

Par M. le Dr A. MOTET.

Nous avons eu l'heureuse fortune de visiter l'asile de Broadmoor, et parmi les souvenirs que nous a laissés le Congrès international de médecine tenu à Londres au mois d'août dernier, il n'en est pas qui soit demeuré plus vif dans notre esprit.

Reçus par nos confrères d'Angleterre avec cette cordialité qui est de tradition chez eux, mis à même de voir ce qu'il était intéressant pour nous d'étudier, nous avons rapporté, pour les reproduire ici avec quelques détails, des notes sur l'asile des aliénés criminels. Notre curiosité était d'autant plus éveillée qu'il s'agissait d'une question bien souvent discutée et non encore résolue, qui s'impose aujourd'hui chez nous, dont les pouvoirs publics ont compris l'importance, et qu'ils sont décidés à mettre sérieusement à l'étude.

C'est notre devoir, c'est notre plaisir aussi, d'exprimer notre reconnaissance à M. le Dr Orange, surintendant de

l'asile de Broadmoor, à M. le Dr Nicolson, surintendant adjoint, pour l'accueil que nous avons reçu d'eux. Nous avons été leurs hôtes de quelques heures, trop courtes à notre gré, mais pendant lesquelles nous avons pu juger leur savoir, leur dévouement, supérieurs encore à la tâche la plus difficile qu'un médecin puisse avoir à remplir.

Au moment où la question des aliénés criminels préoccupe beaucoup d'esprits en France, il nous a semblé qu'il ne serait pas sans intérêt de rechercher par quelles phases cette même question avait passé en Angleterre, comment a été préparée la solution du problème qui se posait aussi bien devant les magistrats que devant les médecins. Nous ne pouvions mieux faire que de traduire de précieux renseignements mis à notre disposition par M. le Dr Orange (1) et par M. le Dr Nicolson (2). En faisant connaître ces travaux, nous substituerons ainsi à nos propres appréciations qui risqueraient d'être incomplètes, les vues de médecins distingués et d'une compétence reconnue. — Le travail de M. le Dr Nicolson résume toute la question des aliénés criminels, dont l'histoire, en Angleterre, comprend quatre périodes :

« I. Période dans laquelle les aliénés sont confondus avec les prisonniers dans les maisons de détention.

Elle finit avec le xviii^e siècle.

« II. Période du traitement dans les asiles, comme les aliénés ordinaires, 1800-1840.

« III. Période de réaction, 1840-1860.

« IV. Période de Broadmoor, ou période de centralisation, application du système actuel. »

(1) W. Orange. M. D. *Annual report of Broadmoor criminal Lunatic asylum for the year 1878, and for the year 1879.*

(2) D. Nicolson. — *A chapter in the history of criminal Lunacy in England, reprinted from journal of Mental science, 1877.*

Rien n'était plus triste que la situation des aliénés criminels au XVIII^e siècle. Mêlés aux voleurs, aux assassins, dans les prisons, tantôt ils leur servaient de jouet, tantôt au contraire ils les effrayaient. Howard signalait cet état de choses déplorable sous tous les rapports. « On ne prend d'eux aucun soin, disait-il, alors que peut-être, par une intervention médicale, un traitement convenable, quelques-uns d'entre eux pourraient recouvrer la raison, et vivre d'une manière utile. » Il se plaignait aussi de l'encombrement, du désordre qui résultait, dans les prisons, de l'envahissement par les aliénés des locaux destinés aux détenus. « Comme alors tout était confusion, être fou c'était un crime suffisant pour motiver l'incarcération, quel que fût le crime ou le délit commis; et d'un autre côté, il arrivait qu'on laissait libres des aliénés qui, acquittés parce qu'on avait reconnu leur état d'insanité, ne tardaient pas à commettre de nouveau des actes qui les avaient déjà fait arrêter une première fois. Un Attorney général disait à la Chambre des communes : « J'ai ici les preuves que plusieurs sujets de Sa Majesté ont perdu la vie, parce que les précautions qui devaient la faire respecter n'ont pas été prises. »

« En 1786, Marguerite Nicholson commit une tentative d'assassinat sur le roi Georges III. Examinée par les lords du conseil privé, elle est considérée comme aliénée, conformément d'ailleurs aux conclusions des Drs John et Thomas Monro. C'est le premier cas où surgissent les difficultés dans la détermination des mesures à prendre vis-à-vis des aliénés qui commettent des actes criminels. On s'était proposé tout d'abord de l'enfermer dans la prison de Tothill Fields, mais c'était une prisonnière d'État; on s'arrêta devant cette considération, et finalement cette femme fut internée dans une cellule préparée pour elle à l'asile de Bethlehem. John Frith, en 1790, jette une pierre au Roi qui passait dans sa voiture. Cet homme était, à n'en

pas douter un aliéné, il ne fut pas traité comme tel; on le tint en prison à Newgate près de deux ans, puis on fit son procès sous l'accusation de crime de haute trahison. Reconnu aliéné, il fut mis hors de prison, à la condition qu'il serait étroitement gardé et considéré comme un aliéné. Enfin, la jurisprudence semble se fixer après l'attentat commis sur la personne du Roi par Hadfield, en 1800, au théâtre de Drury-Lane. L'insanité d'Hadfield est clairement démontrée, au cours du procès. Le juge, lord Kenyon, invite le jury à rendre un verdict de « non coupable. » Alors s'élève la difficulté : « Que doit-on faire de cet homme ? » — « Pour sa propre sécurité, dit le juge, pour la sécurité de la société tout entière, cet homme ne doit pas être mis en liberté; il y va de l'intérêt de tous, quelle que soit la condition, du Roi sur le trône aussi bien que du mendiant dans la rue ; — le premier venu, sans distinction de sexe ni d'âge, peut, dans une heure de regrettable frénésie, tomber sous les coups de cet homme qui n'a plus pour le guider sa raison saine. En conséquence, il est absolument nécessaire pour la sécurité de la société qu'on dispose de lui d'une manière toute particulière, tout en montrant de la compassion et de l'humanité à un être malheureux. Pour le salut commun, on doit, d'une manière ou d'une autre, prendre soin de lui, avec toute l'attention, tous les adoucissements qu'on y pourra apporter. » Étant établi que le salut commun exigeait que Hadfield fût soumis à une surveillance continue, quoique le juge de toute Cour soit « compétent pour déterminer la détention de toute personne dans de semblables circonstances, » il se trouva « qu'il pouvait seulement la renvoyer dans le lieu de détention d'où elle venait. » M. Garrow fit alors cette motion : « Qu'il y aurait un grand avantage pour l'avenir, à ce que le jury établît dans son verdict les raisons pour lesquelles il l'avait rendu, c'est-à-dire, qu'il déclarât qu'il déchargeait le prisonnier de l'accusation qui pesait sur lui, parce que

le jury avait reconnu que l'accusé était aliéné au moment où il avait commis le crime. Il y aurait alors une raison légale et suffisante pour motiver son internement. »

« Le jury, acceptant cette proposition, acquitta Hadfield pour cause d'aliénation mentale. De cette manière fut rendu le premier verdict auquel se réfèrent habituellement les jurés dans les cas d'offenses commises contre les lois par des aliénés.

« L'acquittement d'Hadfield avec les considérants qui l'appuyaient, imposait l'obligation de pourvoir au placement et au traitement des aliénés criminels; en effet, quelques jours après, l'Attorney général présentait à la Chambre des communes le « *Insane offender's bill*. » Il faisait ressortir les vices de la loi en ce qui concernait la garde, la surveillance de ces malades et, disait-il, « il nous paraît juste, humain, de laisser au pouvoir exécutif toute autorité pour disposer d'eux. » Cet « *act* » (39 et 40, Geo. III c. 94) recevait l'approbation royale le 28 juillet 1800. Il décidait que : « Dans tous les cas où une personne est accusée de trahison, de meurtre ou de félonie, s'il est prouvé que cette personne était aliénée au moment où le crime a été commis, et si elle est acquittée, le jury déclarera qu'elle est acquittée pour cause d'aliénation mentale, et comme conséquence de ce verdict, la Cour ordonnera que cette personne soit retenue sous une étroite surveillance dans lieu et de telle manière qu'il semblera bon à la Cour, jusqu'à ce que sa Majesté ait fait connaître son bon plaisir. Les mêmes mesures sont applicables à toute personne inculpée de quelque crime que ce soit, et reconnue aliénée soit au moment de la mise en accusation, soit au cours du procès. »

Tel est le texte du premier « *act* » qui ait, en Angleterre, déterminé la situation des aliénés criminels.

Deuxième période.—Ce bill n'eut aucun effet pendant plusieurs années. On n'avait pas prévu à qui incomberait la charge de l'entretien de ces aliénés, et, en dehors de ceux qui, sur leurs propres biens, pouvaient payer une pension dans un asile, tous les autres restèrent mêlés dans les prisons avec les convicts, sans qu'il fût possible de les retirer de ce milieu. La loi consacrait en quelque sorte une criante injustice : elle n'était pas la même, dans son application, pour le riche et pour le pauvre ; elle condamnait à une promiscuité déplorable avec des criminels profondément vicieux, dépravés, des malheureux aliénés qui perdaient non seulement toutes chances de guérison, mais encore avaient à souffrir du pire contact.

L'accumulation des aliénés criminels dans les prisons, les inconvénients qui en résultaient, appelaient une réforme.

« En 1807, sur la proposition de M. W. Wynn, une commission fut nommée par le Parlement pour étudier l'état des aliénés criminels et pauvres en Angleterre et dans le pays de Galles. Cette commission fit son rapport le 15 juillet 1807, elle fit ressortir les inconvénients du système actuel, démontra que la détention des aliénés criminels dans les prisons était un obstacle à leur guérison, si elle était possible, en même temps que leur présence était un danger, une gêne pour les autres prisonniers. La commission rapportait comme preuve le fait suivant : « Aaron Bywater avait commis un meurtre ; acquitté comme aliéné, il fut, par ordre de la Cour, détenu dans la prison du comté où il avait demeuré jusque-là. Moins de trois semaines après, malgré les ordres donnés de veiller sur lui sans cesse, pendant un intervalle de lucidité apparente, il lui fut permis de cesser d'être gardé à vue par les geôliers, et tua un de ses codétenus. » Le rapporteur conclut en indiquant les mesures qu'il convient de prendre pour ces aliénés : « Il nous paraît absolument désirable que des bâtiments soient élevés pour

maintenir à part toute personne détenue à la suite de crimes commis sous l'influence d'un état d'aliénation mentale, » et que les magistrats déterminent si ces aliénés seront maintenus à leurs frais, ou bien aux frais des paroisses ou du comté dans lequel ils auront été jugés. Sir G. Paull, dans une lettre adressée au Ministre de l'intérieur, écrivait au sujet des aliénés criminels, « que leur internement ne doit pas éveiller l'idée de la punition du crime; que leur installation doit être appropriée aux soins qu'ils réclament, que le mode de réclusion soit déterminé. » Il pense que, au lieu de créer des établissements exclusifs et indépendants pour eux, les quartiers ayant cette destination pourraient faire partie d'institutions susceptibles d'être développées, et que les premières dépenses des constructions devraient être à la charge de la Couronne ou prises sur les fonds de l'Etat. »

« En 1808, un « act » était promulgué, réglant les conditions d'entretien des aliénés criminels; en 1816, un autre « act » décidait que les délinquants devenant aliénés après la condamnation seraient envoyés à l'asile des aliénés criminels. Ces deux « act » étaient abrogés en 1828; des dispositions nouvelles furent prises, rapportées elles-mêmes en 1840, (3 et 4, Vict. cap. 54) puis enfin, en 1864 (27 et 28, Vict. cap. 29), une nouvelle revision de la loi eut lieu, sans préparer encore une formule définitive.

» Le rapport de la commission de 1807 eut pour résultat d'amener des négociations entre le gouvernement et les gouverneurs de l'asile de Bethlem, il fut convenu que ceux-ci feraient construire, aux frais de l'Etat, « une prison séparée pour la réception de soixante aliénés criminels, qui seraient entretenus aux frais de l'Etat. » Ces propositions furent acceptées en 1808, mais ce fut seulement en 1816 que deux ailes furent ajoutées à Bethlem, une pour les hommes, une pour les femmes, la dépense totale s'éleva à près de 500,000 francs pour soixante malades. En peu d'an-

nées, il fallut augmenter du double cette installation, et en 1849, vu le nombre croissant des aliénés, il fallut construire un quartier spécial à l'asile de Fisherton-House.

» Les divers « acts », promulgués pendant la première moitié de ce siècle, ont permis de répartir les aliénés criminels dans les asiles de comtés et les autres asiles du pays. A cette date (1840), prend fin la seconde période de l'histoire des aliénés criminels. M. Nicolson donne le tableau suivant, extrait du septième rapport des *Commissionners in Lunacy*, qui fait connaître la répartition des aliénés criminels dans différents asiles :

	H.	F.	TOTAL.
Asiles de Comtés.....	437	38	475
Hôpitaux.....	8	»	8
Maisons de la capitale.....	34	40	44
Maisons de la province.....	96	42	408
Hôpital de Bethlem.....	85	49	404
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	357	79	436
	<hr/>	<hr/>	<hr/>

» Dans ce nombre ne sont pas compris les aliénés criminels qui étaient encore dans les maisons de détention, ou dans les prisons de condamnés du gouvernement. »

Troisième période, dite de réaction. — Ce n'était pas assez d'avoir éloigné les aliénés criminels des condamnés ordinaires. On ne tarda pas à dire que le contact des aliénés criminels était pénible, humiliant, pour les autres aliénés avec lesquels ils étaient maintenus.

Un courant d'opinion très vif s'établit; de tous côtés surgirent des objections contre le mélange des deux catégories de malades; les chefs des asiles s'associèrent à ce mouvement. Les *Commissionners in Lunacy* signalèrent ces objections dans leurs rapports, et, en février 1852, ils pri-

rent eux-mêmes une part active dans cette campagne. Ils s'efforcèrent de réunir toutes les informations possibles sur ce sujet ; ils envoyèrent des circulaires aux visiteurs, aux surintendants, aux propriétaires des asiles, des maisons autorisées, des hôpitaux d'Angleterre et du pays de Galles.

Dans leur septième rapport, en 1853, ils exposent ainsi les graves objections formulées par la plupart des directeurs et des propriétaires des établissements d'aliénés :

« 1° Un pareil mélange est une chose injuste. Il est pénible et blessant pour les aliénés ordinaires, pour leurs proches.

» 2° L'effet moral produit est mauvais ; le langage et les habitudes des aliénés criminels est le plus souvent agressif ; leurs dispositions, leurs tendances sont généralement perverses. Dans le cas de simulation de folie (ce qui n'est pas très rare), l'aliéné a le plus détestable caractère, et même quand la folie est certaine, elle a souvent pour cause des habitudes vicieuses. Les aliénés de cette classe essaient fréquemment de s'évader, ils deviennent une cause d'insubordination, de mécontentement pour les autres malades.

» 3° La nécessité d'une surveillance étroite s'impose pour une classe bien plus que pour l'autre, il en résulte des difficultés tant au point de vue de la discipline que du classement, du traitement général ; de ce fait se fortifie cette erreur commune que l'asile est une prison.

» 4° Les aliénés criminels concentrent sur eux toute la surveillance, et les autres aliénés se trouvent privés de l'attention et des soins qui leur sont dus par les gardiens.

» 5° L'effet produit sur les aliénés criminels eux-mêmes est mauvais : ils sont insultés par les autres malades ; ils s'irritent quand ils les voient sortir de l'asile.

» Cette opinion n'est pas partagée par quelques personnes, en petit nombre, il est vrai. Elles déclarent qu'elles n'ont pas vu, dans les asiles confiés à leurs soins,

d'inconvénient au mélange des aliénés criminels avec d'autres malades. Elles font toutefois cette restriction, c'est que l'acte, qualité crime, commis par l'aliéné, restera inconnu dans l'asile; et que, d'autre part, il serait désirable qu'on construist un asile spécial pour les aliénés dont les crimes ont eu un caractère odieux, ou dont les tendances sont redoutables par la violence des impulsions. Ces personnes ne nient pas qu'il soit bien difficile, en étudiant le sujet sous toutes ses faces, d'établir une ligne de démarcation précise, et de déterminer quels sont ceux des aliénés criminels qui peuvent sans inconvénient être confondus avec les aliénés ordinaires.

» Les *Commissionners in Lunacy* font aussi remarquer qu'un très petit nombre des arguments présentés, par les surintendants des asiles en faveur de la séparation des aliénés criminels, se réfère aux actes criminels, aux tendances dangereuses des malades. La plupart s'appuient sur ce fait, que l'aliéné criminel a reçu de la sentence, de la décision de la justice, une véritable flétrissure.

» Il est évident, disent-ils, qu'un malade à tendances homicides, qu'un malade qui a commis ou tenté de commettre un crime odieux, et n'a échappé à la catégorie des criminels que par la prudence de ses proches qui l'ont mis en sûreté dans un asile avant qu'il eût à répondre devant la justice, peut soulever par son voisinage avec d'autres aliénés, des objections aussi valables, aussi sérieuses, que le premier venu parmi ceux qu'on nomme aliénés criminels.

» Au nombre des médecins dissidents dont parlaient les *Commissionners in Lunacy*, » il y en avait un qui s'exprimait dans un langage aussi ferme que précis. M. Bucknill, alors surintendant de l'asile du comté de Devon, publiait ses *Recherches sur la classification et le traitement propres aux aliénés criminels*. Dans ce travail, paru en 1851, il passait en revue tous les côtés de la question, telle

qu'elle se posait alors. Comme ses remarques sont une relation authentique et contemporaine de ce qui se faisait pendant cette période, nous lui emprunterons quelques passages, on jugera à la fois les opinions qui avaient cours, les siennes propres, et le fond même sur lequel elles reposent.

» Dans une réunion de l'Association des médecins en chef des asiles et des hospices d'aliénés, tenue au mois de juillet 1854, on fut d'accord pour adresser une pétition au gouvernement pour lui demander la création d'un nouvel asile pour les aliénés criminels. Les arguments présentés par les différents partisans de cette mesure, paraissent quelque peu contradictoires. Ceux que soutiennent les médecins des asiles de comté se résument en ceci : Les asiles ne sont pas faites pour assurer d'une manière suffisante la séquestration des personnes dangereuses pour la société; le contact des aliénés criminels est nuisible, corrupteur, blessant pour leurs compagnons d'infortune. Les éminents médecins aliénistes de Londres réclamaient avec instance l'éloignement des malheureux aliénés du quartier des criminels de Bethlem, séjour qu'ils flétrissaient du nom de prison, de tombeau, auquel s'appliquait le vers si connu de Dante :

Lasciate ogni speranza, voi ch'entrate.

» Ils demandaient pour ces aliénés criminels un établissement de l'État, semblable à celui qui existe en Irlande, situé à la campagne, « dans une vallée heureuse, » dans des conditions telles que la perte de la liberté n'y était plus fastidieuse, mais supportable. Le contraste entre ces différents arguments paraîtra plus frappant, si l'on se souvient que la majorité des aliénés criminels dans les asiles de comté est calme, inoffensive, tandis que les malades détenus à Bethlem sont les plus vicieux, les plus pervers; qu'un malade réellement dangereux peut être extrait d'un

asile de comté et placé à Bethlem, tandis que les malades calmes et les moins dépravés peuvent être envoyés de Bethlem à un asile de comté. Selon les uns, Bethlem ressemble trop à une prison pour les plus mauvais; suivant les autres, les asiles de comté ressemblent trop peu à une prison pour les meilleurs. Les défauts du système actuel sont décrits tels qu'ils apparaissent sous divers points de vue. Les gouverneurs des asiles de comté trouvant qu'un certain nombre d'aliénés criminels ne peuvent être modifiés par le régime doux et indulgent des asiles qu'ils dirigent, étendent leur opinion à toute la classe, et demandent que tous les aliénés criminels soient renvoyés à un asile du gouvernement, où une discipline plus sévère pourra être organisée. Les médecins de Londres voient les malheureux aliénés qu'ils ont contribué peut-être à sauver de la peine de mort, condamnés à un emprisonnement perpétuel dans un lieu sur la tristesse et les déficiences duquel il est presque impossible d'insister. Je ne voudrais pas laisser croire que ces contradictions apparentes sont la preuve que de nouvelles dispositions ne sont pas nécessaires; elles indiquent plutôt que le système actuel est mauvais des deux côtés, et que, si on ne revise pas les principes mêmes de la classification, la création d'un nouvel établissement sera un remède insuffisant. »

M. le Dr Bucknill ajoute que : « Quant à ce qui a trait aux rapports des aliénés criminels avec les autres malades, son expérience personnelle est en désaccord avec les opinions de ses confrères.

» J'ai cherché, dit-il, avec le plus grand soin, à découvrir un sentiment de répugnance ou de malveillance de la part des aliénés de l'asile à l'égard des malades connus comme ayant commis un crime, et non seulement ils ne le manifestaient pas, mais j'ai entendu des expressions de sympathie et de pitié. » Plus loin, il montre « combien il est peu fréquent qu'un aliéné soit admis dans un asile par

ordre d'État, ou par un ordre de just ce ordinaire, et comment bien est arbitraire le classement de ces aliénés dits criminels. Il y a peu d'aliénés qui, laissés livrés à eux-mêmes, sans surveillance, ne soient capables de quelque infraction aux lois; un grand nombre de malades admis dans les asiles dans les formes habituelles, avaient commis des méfaits qui les eussent exposés à un procès, à l'emprisonnement, si leur état mental n'avait pas été constaté. Il dépend donc bien plus de la manière dont la folie se développe, des personnes qui les premières en reconnaissent le caractère, que d'une forme spéciale de maladie mentale, que les aliénés soient considérés comme aliénés criminels ou aliénés simples. » Les conclusions auxquelles il arrive se formulent ainsi :

» 1^o Il n'est pas nécessaire de créer un établissement spécial pour le traitement des aliénés détenus par ordre de la Couronne ou du Ministre de l'intérieur, et généralement désignés sous le nom d'aliénés criminels.

» 2^o Un établissement de ce genre serait utile pour maintenir et traiter des aliénés à dispositions criminelles, bien qu'ils n'aient pas encore commis de crimes.

» 3^o Ces aliénés à dispositions criminelles réclament un traitement différent de celui qui est applicable aux aliénés ordinaires, ce mode de traitement aurait un caractère correctionnel. »

Les remarques suivantes, du même auteur, valent qu'on les reproduise :

« Je ne saurais oublier qu'il y a une distinction à établir entre le vice et le crime : que l'éloignement des asiles de comté de tous les aliénés qui ont commis une infraction aux lois, laisserait encore après eux tous ces malades dépravés et vicieux, dont le contact est plus préjudiciable encore que celui des violents et des voleurs. Les filets de la loi ne sauraient prendre tous les coquins, mais ils sont tous capables de devenir aliénés. Le vice est probablement

plus contagieux, plus corrupteur que le crime : le dernier est souvent le résultat de la folie, le vice en est souvent la cause. Mon expérience me porte à croire que la présence des aliénés vicieux et dépravés, dans un asile, donne plus de prise à la critique que celle des aliénés dits criminels. »

M. le Dr Bucknill établit, comme il suit, les catégories d'aliénés qu'il conviendrait de placer dans un asile central appartenant à l'Etat :

« 1^o Les convicts qui deviennent aliénés pendant qu'ils subissent leur peine dans les prisons du gouvernement ;

» 2^o Les aliénés criminels dont les tendances dangereuses ou le caractère pervers rendent le contact préjudiciable pour les autres aliénés ;

» 3^o Les aliénés dangereux, mais qui n'ont pas été envoyés en prison et de là à l'asile, sous un ordre, pour avoir commis un crime quelconque, quoique leur vie ait été habituellement criminelle. Les aliénés ayant commis des actes de violence pendant leur détention, comme cet homme qui, dernièrement en a tué un autre dans l'asile de Kent. »

M. le Dr Nicolson ne voudrait pas critiquer ce système, cependant, il est aisé de voir qu'il n'en est pas partisan.

Avec une complète impartialité, il cite encore un travail de sir Charles Hood, publié en 1854, sur le même sujet. Sir Ch. Hood était un surintendant de Bethlem, son livre est intitulé : *Réflexions sur les mesures à prendre dans l'avenir à l'égard des aliénés criminels*. Après avoir envisagé son sujet d'une manière générale, donné des résultats statistiques, en prenant Bethlem comme terme de comparaison, il se demande quelles seraient les mesures à prendre pour les aliénés criminels. « Est-il désirable, dit-il, qu'un grand asile central, appartenant à l'Etat, soit créé pour les recevoir tous ? Il me semble, mais je n'avance cette opinion qu'avec réserve, que de sérieuses objections s'élèvent contre la réunion sur un seul point de tous les aliénés cri-

minels du pays. Il ne faut pas oublier que ces malades appartiennent aux classes de la société les plus diverses ; qu'ils ont été traduits en justice dans les circonstances les plus différentes. Serait-ce faire acte d'humanité de placer une femme, un homme du monde, qui, dans un moment de folie impulsive, peuvent avoir commis un délit insignifiant, dans le même quartier, ou seulement dans le même établissement que des femmes et des hommes de la plus basse extraction qui auront commis les méfaits les plus révoltants ? Il n'y a pas une famille dans le royaume, qu'on la prenne aux rangs les plus élevés, ou dans la condition la plus humble, qui ne puisse être frappée par cette calamité terrible, la folie ; une faute légère peut amener le malheureux qui en est atteint, devant un tribunal, en public. Acquitté comme aliéné, cet infortuné délinquant, qui peut avoir de hautes relations, être bien élevé, d'habitudes distinguées, devra-t-il être jeté au milieu de bandits grossiers et cruels, aliénés sans doute au moment où ils ont commis leurs crimes, dont les mains ont été souillées par les forfaits les plus épouvantables, les plus odieux ? »

« Sir Ch. Hood, se plaçant au point de vue du traitement de ces aliénés, pense que le système de la centralisation compromettrait absolument la guérison. « Comment, dit-il, les aliénés criminels pourraient-ils jamais guérir, s'ils étaient condamnés à ne vivre qu'avec leurs pareils, à toujours entendre le récit incohérent de leurs méfaits, à respirer sans cesse, pour ainsi dire, dans une atmosphère impure d'insanité ? » Un tel asile, par son éloignement, rendrait impossibles les visites des familles pauvres à leurs malades ; aux yeux du public, il ne tarderait pas à être considéré comme une bastille, si bien qu'il soit dirigé, à devenir l'objet d'une répulsion générale. »

Sir Ch. Hood ne voit que les inconvénients, il ne relève pas les avantages de la création d'un asile central, et il formule les propositions suivantes :

» 1^o Qu'il y a lieu, dans le placement des aliénés criminels d'adopter des principes de classement; que les aliénés qui appartiennent aux classes élevées de la société devraient être maintenus sur un ordre de la Reine, soit à Bethlem, soit dans un autre asile de l'Etat.

» 2^o Que ceux qui ont commis de légers méfaits devraient être internés sur un ordre du Ministre de l'intérieur, dans les asiles de comté où des installations spéciales seront préparées pour eux, et où ils pourront être mêlés aux aliénés ordinaires, si les directeurs de ces asiles n'y voient pas d'inconvénients.

» 3^o Que les convicts devenus aliénés en prison ne seront pas envoyés dans les asiles de comté, mais qu'on disposera pour les y séquestrer, soit un quartier spécial, soit un quartier annexe de l'infirmerie de la prison. »

A peine avons-nous besoin de signaler tout l'intérêt qui s'attache à ces renseignements recueillis par M. le Dr Nicolson. Nous connaissons toutes ces objections, elles ont été souvent formulées devant nous sans ébranler notre conviction profonde. L'étude de la quatrième période, dite de centralisation, la fondation de Broadmoor et ce que nous avons à dire de la vie propre de cet asile, d'après les documents les plus authentiques, démontreront jusqu'à l'évidence combien est désirable chez nous l'installation d'un asile spécial semblable à celui qui, chez nos voisins, est considéré comme d'utilité et de sécurité publiques.

Quatrième période, dite de centralisation. — Fondation de l'asile de Broadmoor.

Les membres de la Commission de 1807 avaient dit dans leur rapport « qu'il était désirable qu'un asile fût construit pour qu'on y internât, à l'exclusion de toutes autres, les personnes détenues pour des crimes commis dans un état d'aliénation mentale. » Mais rien, que je sache,

ne fut fait pour l'érection d'un établissement central jusqu'au mois de mars 1852. A cette date, le comte de Shaftesbury, à la Chambre des lords, présenta une adresse à la Reine, priant Sa Majesté « de prendre en considération l'opportunité de créer un asile d'Etat pour la garde et le traitement des aliénés dits criminels. » Cette proposition fut généralement approuvée, mais rien ne pouvait être fait jusqu'à ce qu'un projet de loi sur ce sujet eût été adopté par la Chambre des communes, dont la sanction était absolument nécessaire pour l'ouverture du crédit important qu'exigeraient les dépenses d'une semblable construction. Le noble lord retira sa proposition.

Pendant la session suivante, lord St-Léonard en soumettant à la Chambre haute le bill pour le « règlement concernant la surveillance et le traitement des aliénés, » revint sur ce sujet, et appella l'attention du gouvernement de Sa Majesté « sur un devoir qui lui incombait tout particulièrement, celui de pourvoir par des mesures générales à la situation des aliénés criminels du royaume. »

Comme tous les quartiers établis par le gouvernement à Bethlem et à Fisherton pour les aliénés étaient pleins de malades, que de nouveaux aménagements devenaient nécessaires, le Ministre de l'intérieur, en 1856, donna des instructions pour qu'on s'occupât sérieusement enfin de la construction d'un établissement du gouvernement, répondant aux exigences de la situation. De là, l'achat en 1857 de 290 acres (1) de terre dans la paroisse de Sandhurst dans le Berkshire, au prix de 5,394 livres st. ; sur ce terrain fut construit l'asile de Broadmoor; la dépense totale, y compris l'achat de la terre, pour bâtiments, dépendances, cottages des surveillants, ferme, maison d'école, et autres annexes, fut de 466,350 livres st.

(1) L'acre égale 40 ares 46 centiares.

» Les bâtiments de l'asile constituent six groupes ou sections pour les hommes, deux pour les femmes.

» Dans la division des hommes, il y a deux sections au centre, et quatre isolées les unes des autres.

» L'asile fut ouvert en 1863, et le Dr Meyer en fut le premier surintendant. En 1870, lorsqu'il mourut, M. le Dr Orange lui succéda ; depuis cette époque, la direction générale de l'asile est restée entre ses mains habiles.

» Pendant que les travaux de Broadmoor étaient en cours d'exécution, un *act* du Parlement consacra les prescriptions nouvelles pour le placement des aliénés criminels. Cet *act*, en date du 6 août 1860 (23 et 24 Vict. c. 73), consacrait : 1^o la fondation d'un asile spécial, en Angleterre, pour les aliénés criminels ; 2^o le droit pour le Ministre de l'intérieur de placer dans cet asile les aliénés criminels (soit que l'aliénation mentale ait été reconnue avant le jugement ou au moment du jugement, soit qu'on l'ait constatée après la condamnation ou la sentence, ou encore pendant l'emprisonnement) et de les y maintenir jusqu'à ce qu'ils soient légalement transférés ailleurs ou mis en liberté ; 3^o que rien dans cet *act* ne porterait atteinte à l'autorité de la Couronne qui pourrait prendre toute autre disposition pour la maintenance des aliénés criminels, soit dans un asile de comté, soit dans un autre lieu destiné au traitement des aliénés.

» Broadmoor était définitivement reconnu comme asile d'Etat, son organisation intérieure, son règlement, des dispositions spéciales furent aussi arrêtés, on pensa même aux mesures nécessaires à prendre en cas d'évasion et de réintégration. On détermina les inspections des *Commissionners in Lunacy*.

» Broadmoor peut recevoir 563 aliénés, 413 hommes, 150 femmes. La proportion des surveillants est environ de 4 pour cinq malades.

» Dans le but de faire connaître la situation légale des

aliénés criminels, les diverses périodes pendant lesquelles la folie a été reconnue, M. le Dr Nicolson a dressé le tableau suivant :

ALIÉNÉS CRIMINELS	Non condamnés (unconvicted).	Non jugés.	1. Reconnus aliénés avant le procès.	Retenus à Broadmoor ou dans un autre asile jusqu'à ce qu'ils soient guéris et en état d'être jugés.
		Jugés.	2. Reconnus aliénés pendant l'instruction.	
	(Convicts) condamnés à la	Peine de mort.	3. Acquittés pour cause de folie.	Maintenus à Broadmoor sous le bon plaisir de Sa Majesté.
			4. Bénéficiant d'un sursis pour cause de folie.	
		Servitude pénale.	5. Convicts déclarés aliénés pendant qu'ils subissaient leur peine.	Maintenus à Broadmoor ou dans les prisons de condamnés jusqu'à l'expiration de leur peine.
		Prison ordinaire	6. Prisonniers ordinaires déclarés aliénés pendant qu'ils subissaient un emprisonnement de courte durée.	
				Transférés dans les asiles de comté.

» A un point de vue social et légal, il est évident qu'on peut établir une distinction entre les aliénés criminels qui ont été, et ceux qui n'ont pas été condamnés, et que ce serait une injustice de confondre ces deux groupes dans une seule et même catégorie. Il y a cependant une exception à faire, relativement à ces aliénés, très peu nombreux, d'ailleurs, qui ont été condamnés à mort, et qui ont été reconnus fous avant l'exécution de la sentence; sous tous les rapports ils sont exactement comme si la sentence n'avait pas été prononcée, puisqu'elle a été révoquée.

» Quand on édifia Broadmoor, on ne pensa pas à prendre de dispositions qui permissent de respecter cette distinction, et il devint bientôt évident que cet oubli, conduisant à mêler ces deux classes dans le même quartier, était non seulement regrettable, mais plein de dangers.

» La période de l'histoire des aliénés criminels à laquelle nous sommes arrivé, a été marquée par l'affirmation, basée sur une expérience pratique et sur des considérations médico-psychologiques, de ce principe, qu'il existe deux classes distinctes d'aliénés criminels, exigeant différentes méthodes d'installation et de surveillance aussi bien que de traitement. »

Dans son rapport pour l'année 1872, le Dr Orange, surintendant de Broadmoor, s'est attaché à démontrer combien cette distinction était fondée ; je donne *in extenso* ses observations.

« Les aliénés criminels forment deux classes qui diffèrent entre elles par des caractères particuliers à chacune, et d'une réelle importance.

» L'une de ces classes est composée de ceux qui, poursuivis pour un acte criminel ont été reconnus aliénés, soit avant le jugement, ou pendant l'instruction, ou même après le jugement, et qui ont été maintenus d'office suivant le bon plaisir de Sa Majesté. L'autre classe est composée de ceux qui ont été transférés à Broadmoor, comme aliénés, de prisons de condamnés, où il subissaient la peine de la servitude pénale.

» La première classe est constituée principalement par des personnes dont le crime a été un acte isolé, le résultat direct de leur état de trouble mental, et qui, en dehors de l'explosion de l'accès de folie, ont, le plus souvent mené une vie laborieuse et honnête. Les actes criminels commis par les aliénés étant surtout des actes de violence contre les personnes, il y a là une source de dangers inhérents à la forme même de la maladie dans laquelle le retour des pa-

roxysmes est la règle; si bien que les mêmes manifestations, les mêmes actes se reproduisent communément chez les aliénés qui les ont présentés une fois, et que ceux qui vivent avec eux sont exposés à leurs soudaines attaques dans un nouvel accès.

» C'est précisément le cas de ces aliénés qui ont été envoyés à Broadmoor, à la suite d'un meurtre commis sur d'autres malades, sur des surveillants, soit dans les ailes, soit dans les maisons de refuge, soit dans des institutions semblables. Mais comme, dans ce cas, l'acte homicide est presque invariablement précédé par un stade maniaque, avec une agitation, une gaieté inaccoutumée, ou encore par une taciturnité extraordinaire, par des indices spécieux à chaque individu, une observation attentive permet de prévoir l'accès prochain, et donne le temps de prévenir ses graves conséquences. Les tendances dangereuses des malades de cette catégorie, lorsque leur trouble mental est plus actif que de coutume, rendent nécessaire une surveillance plus étroite, un internement plus sévère. Mais, à tous autres égards, le mode de traitement qu'ils réclament ne diffère pas de celui des autres aliénés.

* L'autre classe, composée d'aliénés transférés des prisons de convicts pendant qu'ils y étaient soumis à la servitude pénale, diffère essentiellement de celle que nous venons de décrire. Au lieu d'être composée de personnes ayant commis un acte criminel dans un paroxysme de manie, elle est constituée par des individus dont les infractions aux lois et à l'ordre social font en quelque sorte partie de leurs habitudes de vie de chaque jour.

» Nous n'avons pas, dans ce moment, l'intention de discuter la question de savoir comment il se fait que des habitudes criminelles puissent être le résultat d'une défectuosité mentale originelle, d'une inaptitude à mener une vie honnête; nous voulons seulement étudier les caractères de cette classe de malades, au temps où il arrivent aliénés à

notre asile et la conduite qu'il convient de tenir vis-à-vis d'eux, en raison même de ces caractères.

» Les personnes devenues aliénées pendant qu'elles subissaient leur peine, soit dans les prisons de condamnés, soit dans les prisons de comtés et de bourgs, sont toutes désignées sous le nom « d'aliénés criminels ». Mais, ordinairement, ce sont seulement les aliénés des prisons de convicts qui viennent à Broadmoor, ceux des prisons de comtés et de bourgs sont conduits dans les asiles de comté.

» La moyenne journalière de la population des prisons de convicts, en 1874, était de 8,218 hommes et 1,247 femmes. C'est dans cette population que se recrute la classe d'aliénés dont nous parlons. Ce sont surtout de vieux délinquants.

» Le médecin en chef de la prison de Millbank établit dans son rapport pour l'année 1869 que, sur les 28 prisonniers déclarés aliénés pendant l'année, 24 avaient été déjà condamnés; que dans un cas, on avait relevé 14 condamnations, dans un autre 43, dans un autre 40. Sans doute, le degré de défectuosité mentale n'avait pas paru suffisant pour autoriser les médecins des prisons par lesquelles ces individus avaient passé, à signer un certificat d'aliénation mentale; mais, d'un autre côté, rien n'avait empêché le développement plein, entier, d'une vie de crime, d'habitudes de violences sans frein, de révolte contre l'ordre établi, de mépris pour tout travail honnête, auxquels il faut joindre les formules de langage le plus ordurier; tous ces défauts caractérisent cette catégorie d'aliénés, et rendent, quand ils sont réunis en grand nombre, leur direction bien plus difficile que ne le fut jamais celles des autres aliénés.

» A la fin de cette année, les 507 malades présents à l'asile se décomposaient dans les proportions suivantes, par rapport aux deux classes que nous avons établies: 268 hommes et 75 femmes appartenaient à la classe des personnes reconnues aliénées, soit avant, soit pendant le

procès; et 438 hommes, 26 femmes, avaient été transférés des prisons de convicts.

« Quoiqu'il n'y ait pas lieu d'élever le moindre doute sur ce point que ces 438 hommes et 26 femmes, en raison de leur trouble mental, fussent tout à fait hors d'état de subir la discipline pénitentiaire, et que leur place fût dans un asile d'aliénés, on peut se demander s'il est juste et convenable de permettre que d'autres aliénés qui auparavant n'avaient jamais été exposés à d'aussi pernicieuses influences, soient contaminés par les habitudes dégradées, la conversation des aliénés de la catégorie des convicts; de condamner ceux qui appartiennent à une classe, à souffrir de sévérités de régime intérieur nécessaires seulement pour l'autre. Et cependant, c'est là ce qui arrive à présent encore, comme conséquence du mélange des deux classes, dans la proportion déterminée régulièrement. Cette remarque s'applique surtout à la division des hommes, à cause de la proportion bien plus grande des convicts parmi les hommes que parmi les femmes, et aussi parce que la division des femmes n'étant pas complètement occupée, il est possible de faire un classement meilleur des aliénées présentes. La division des hommes étant actuellement au complet, il nous semble que c'est le moment opportun de produire ces remarques avec l'espoir que, dans tout plan qui serait adopté pour pourvoir à une accommodation nouvelle, il serait pris des mesures pour séparer effectivement ces deux classes d'aliénés. Dans la construction de l'asile, on comprend bien qu'en adoptant le système des bâtiments séparés, on avait l'intention de rendre possible ce classement, mais, tels qu'ils existent, les bâtiments ne s'y prêtent pas.

« Les « *Commissioners in Lunacy* », dans leur rapport sur l'asile (mars 1872), présentent sur ce sujet les observations suivantes : « Nous avons invariablement trouvé que les quartiers les plus bruyants contenaient le plus grand nombre d'aliénés de la classe des convicts. C'est notre

opinion, bien souvent et énergiquement exprimée dans nos rapports, que tous les défauts de ces aliénés s'exagèrent encore par la sévérité de la réclusion. Mais nous reconnaissons sans peine la difficulté des mesures à prendre vis-à-vis d'eux, dans les conditions présentes de l'asile, trop resserré pour qu'il soit possible de répartir les aliénés d'une manière plus équitable, avec un confort plus grand dans les différents quartiers. »

M. le Dr Orange ne se lasse pas de reproduire ces observations si sages dans les rapports des années suivantes. Les inspecteurs généraux s'y associent; et le résultat de toutes ces réclamations motivées fut le suivant. On disposa pour les convicts hommes, devenus aliénés pendant l'emprisonnement, une aile de la prison des Invalides à Woking. Ainsi, en 1875, M. le Dr Orange constate la grande amélioration obtenue. « L'arrêt du courant de nouvelles recrues a rendu possible la séparation des aliénés convicts de la classe plus nombreuse des aliénés acquittés pour cause de folie, ou reconnus aliénés au cours de l'instruction, avant le procès. Les résultats confirment pleinement l'utilité de cette séparation, signalée dans nos précédents rapports. » Les directeurs de prisons eux-mêmes ont reconnu l'importance de cette séparation; pour eux, comme pour les médecins de Broadmoor, s'il est permis de traiter avec un certain degré d'indulgence les aliénés dont les actes criminels peuvent être attribués à leur trouble mental, il n'en saurait être de même pour les convicts devenus aliénés pendant l'emprisonnement. Cette sévérité, ce système auront pour effet de réprimer la tendance à la simulation de la folie, à cet abandon de propos délibéré du contrôle de soi-même, quand on saura qu'ils ne conduisent ni au bien-être, ni à la liberté relative de la « Ferme » (terme par lequel les convicts désignent Broadmoor).

Dans un meeting de la Société médico-psychologique à Londres, les médecins des asiles de comté se sont élevés

avec force contre une coutume qui leur paraît pleine d'inconvénients, celle de renvoyer aux asiles de comté les aliénés criminels, qu'il s'agisse de ceux ayant à subir une courte détention et venant des prisons, ou bien des convicts aliénés transférés de Broadmoor à l'expiration du temps de leur servitude pénale. Le Dr Chapman avait fait la proposition suivante, qui fut appuyée : « Que l'Association fit des démarches pour prévenir le renvoi des aliénés criminels aux asiles de comté. » Une commission fut nommée pour étudier les meilleurs moyens à employer pour donner suite à cette résolution, mais, jusque dans ces derniers temps, rien n'avait été fait en conformité de ce vœu.

M. Nicolson termine son travail par un tableau qui donne le chiffre des aliénés criminels maintenus dans les asiles, dans des maisons autorisées, à la date du 29 septembre 1875. Ce tableau est emprunté à la statistique judiciaire de l'Angleterre et de l'Ecosse.

	H.	F.	TOTAL.
Broadmoor, asile d'État.....	390	409	499
Asiles de comté.....	84	37	121
Asiles de villes et de bourgs.	6	4	10
Maisons autorisées de Londres.	3	0	3
— — de province.	37	8	45
TOTAL.....	520	458	678

« Ce total ne comprend pas les aliénés criminels dans les prisons et les maisons de détention. Le rapport des directeurs des prisons de condamnés (1875) indique qu'il y avait 67 convicts (dont une femme) en traitement comme aliénés dans les prisons de Millbank et de Woking. »

Cet important travail de M. le Dr Nicolson devait être traduit par nous, comme nous l'avons fait, presque en entier. Nous y trouvions cet avantage de faire connaître en France l'économie d'un système qui fonctionne avec une

régularité des plus satisfaisantes en Angleterre; mais qui n'est arrivé que par degrés, lentement, aux résultats qu'il donne aujourd'hui. Nous n'avons pas pu faire les mêmes expériences que nos voisins, mais nous pouvons tirer parti de celles qu'ils ont successivement tentées. Nous sommes aux prises avec les difficultés contre lesquelles ils ont eu à lutter; en reprenant, comme nous l'avons fait, l'histoire de cette question grave, nous avons pensé que nous serions utile; si nous n'avons pour cela rien tiré de notre propre fonds, nous avons, du moins, fait connaître les travaux de ceux de nos collègues d'Angleterre qui ont vécu au milieu des aliénés criminels, ont étudié leur caractère, leurs tendances, et qui, avec une honnêteté scientifique à laquelle il nous plaît de rendre hommage, ont montré les lacunes qu'ils avaient constatées dès le début, raconté leurs efforts, les améliorations patiemment poursuivies et obtenues. Nous n'aurions pas pu, dans une visite de quelques heures, recueillir les matériaux suffisants pour l'étude que nous venons d'écrire; nous ne nous réservons pour la terminer qu'une part plus modeste, celle de dire ici l'impression générale qu'a produite sur nous notre excursion à Broadmoor.

L'asile de Broadmoor s'élève sur le flanc d'une colline; entouré de murs, il présente cependant, grâce à la pente du terrain, cette disposition heureuse, que, des préaux, la vue s'étend au loin sur la campagne. Il est au centre d'une forêt, ou pour mieux dire, d'une lande couverte de bruyères. Son horizon très étendu n'est borné que par des arbres qui, au moment de notre visite, avaient encore les tons chauds, la verdure un peu sombre mais vigoureuse, des paysages d'Angleterre. Auprès de l'asile, la ferme, les cottages habités par les familles des surveillants.

Les bâtiments n'offrent rien de particulier à l'extérieur; à l'intérieur, ils sont entretenus avec une exquise propreté. Tout le mobilier est très simple; les cellules et

les dortoirs sont clairs, bien aérés. Le système de clôture des fenêtres est le même que dans la plupart des asiles d'Angleterre. Pour les unes, la partie inférieure s'ouvre seule, et la partie ouverte est défendue par une sorte de balcon en fer qui remplit l'office d'un grillage sans en avoir l'aspect triste. Pour les autres, les châssis sont en fer, les montants espacés de 0,20 centimètres environ, reçoivent les vitres. Aux deux côtés de la baie de la fenêtre est un panneau vitré mobile, s'ouvrant dans toute la hauteur, et permettant une aération suffisante.

Les bâtiments comprennent une partie centrale occupée par les services administratifs; au milieu, une vaste salle; la chapelle au-dessus. A droite, une division d'épileptiques, à gauche, une division de convalescents et d'observation des cas récents. En retour, à droite et à gauche, les divisions réservées aux convicts, et deux quartiers pour des aliénés moins indociles, moins intraitables que les hôtes des deux précédents. Il y avait au mois d'août 496 aliénés présents, 376 hommes et 420 femmes.

Les quartiers des femmes sont situés dans des conditions identiques. L'aspect en est moins sévère que celui des quartiers des hommes; nous y avons trouvé bon nombre de malades occupées à des travaux d'aiguille, vivant calmes, au milieu de leurs surveillantes. Ces quartiers ne nous ont pas semblé différer d'un quartier d'asile ordinaire, et ce n'est certes, ni par leur aspect, ni par leur tenue, que ces femmes feraient naître l'idée des motifs de leur réclusion spéciale.

Tout autre est l'aspect des quartiers des convicts hommes; si rapidement que nous ayons passé, notre présence a amené dans ces quartiers une agitation vive, qu'il eût été imprudent de surexciter encore par une curiosité prolongée. Dans les quartiers de malades moins indociles nous avons rencontré des physionomies intelligentes, des hommes sur le visage desquels la folie n'avait pas laissé

d'empreinte profonde. Chez les convicts, beaucoup de têtes caractéristiques; chez les autres, presque toujours la face humaine normale, sans les altérations que le vice ou l'aliénation mentale lui impriment. Puis enfin, nous y avons trouvé, comme dans tous les asiles, ces types dégénérés, d'imbéciles ou de déments dont l'état chronique se révèle au premier coup d'œil.

Ce qui nous a frappé partout, c'est le spectacle de l'ordre. On sent la volonté ferme qui dirige tout, maintient tout dans un équilibre parfait. La discipline, là plus encore qu'ailleurs, se devine, moins par des sévérités qui se puissent immédiatement constater que par la tenue générale.

Les surveillants, dans la proportion de 4 pour 5 aliénés, sont presque tous des hommes dans la force de l'âge, de 30 à 45 ans. Le surveillant en chef est plus âgé. Ce personnel nous a paru recruté d'une manière excellente. Il change peu, paraît-il. Dans son rapport pour l'année 1878, M. le Dr Orange donne le tableau suivant, qu'il nous a paru intéressant de relever :

TEMPS DE SERVICE.	H.	F.	TOTAL.
Moins d'un an	»	5	5
De 1 à 2 ans.	4	4	2
2 à 3	3	2	5
3 à 4	4	4	8
4 à 5	4	4	5
5 à 10	24	7	28
10 à 15	32	4	36
15 ans.	3	»	3
TOTAL.	68	24	92

Les mêmes conditions se retrouvent pour l'année suivante et nous ne saurions approuver trop hautement la sollicitude de M. le Dr Orange pour ses surveillants. « Il est satisfaisant de constater que, dans cette année (1879), il n'y a pas eu un accident sérieux, pas de suicide, pas d'éva-

sion. Ces résultats heureux doivent, je pense, être attribués au petit nombre de changements survenus dans le personnel des surveillants. La patience et le tact nécessaires pour faire un bon surveillant ne s'acquièrent que par une longue pratique, et il est vraiment désirable qu'on prenne tous les moyens possibles pour encourager et pour retenir les personnes qui ont acquis ces qualités. »

Ces moyens sont de divers ordres ; indépendamment de la solde qui, pour les surveillants de quartier, varie de 4,000 à 4,200 fr., pour le surveillant principal de 4,500 à 4,800 fr., pour le surveillant en chef s'élève à 4,000 fr., ces hommes reçoivent d'importantes allocations en nature. Ils ont la table, le logement, l'uniforme. Parmi ceux qui étaient mariés, 39 avaient la disposition d'un cottage, sans frais aucuns, sur les terres de l'asile; 25 autres recevaient une somme de 2schellings par semaine (4). Pour les femmes, la surveillante en chef reçoit 4,675 fr., la nourriture, le logement, l'habillement et le blanchissage; la surveillante principale a les mêmes avantages et un traitement de 4,000 à 4,400 fr.; les surveillantes de première, deuxième ou troisième classe, sont payées 800 fr., 700 fr., 500 fr., nourries, logées, habillées et blanchies. On pourrait s'étonner que les femmes, dans de telles conditions restent moins à l'asile que les hommes, si l'on ne savait pas que du jour où elles se marient, elles doivent quitter le service; la règle est absolue.

Nous ne saurions nous étendre sur tous les détails que comporte l'administration de l'asile de Broadmoor; cependant, nous voulons insister sur un point des plus intéressants, le mouvement de la population. M. le Dr Orange nous ayant gracieusement offert ses deux derniers rapports,

(4) Une école où les enfants des surveillants peuvent être élevés, constitue une dépendance de l'asile. En 1878, la moyenne de présence était de 69; en 1879, elle a été de 73.

nous pouvons donner des chiffres exacts, et les faire suivre de remarques dont l'importance n'échappera à personne.

Nous prendrons comme type l'année 1879; en la comparant aux années précédentes, les différences sont si peu considérables qu'elles peuvent être négligées.

Au 1^{er} janvier 1879, il y avait dans l'asile 483 aliénés, 374 hommes et 109 femmes. Pendant l'année il y eut 49 admissions, 33 hommes, 16 femmes; 4 hommes et une femme furent rendus à la liberté; 18 hommes et 6 femmes furent transférés dans d'autres asiles; il y eut 20 décès, 17 hommes, 3 femmes; au 31 décembre, il restait 368 hommes, 115 femmes, total: 483.

Parmi les 49 malades admis dans l'année, il se trouva une femme qui avait été déjà traitée dans l'asile et y était restée plus de cinq ans, à la suite du meurtre de son enfant et d'une tentative de suicide. Rendue à sa famille, elle ne demeura pas longtemps chez elle; elle se sentit redevenir malade, elle écrivit elle-même une lettre dans laquelle elle demandait à être sequestrée de nouveau. A son entrée elle était atteinte de délire mélancolique: après peu de temps, il survint une amélioration qui ne s'est pas démentie.

Les 48 aliénés admis pour la première fois se peuvent ainsi classer, d'après le moment, la période où leur folie a été reconnue: 1 homme et 2 femmes ont été déclarés aliénés pendant les préliminaires du procès; 7 hommes et 1 femme ont été reconnus aliénés par les jurys, au cours du procès; 2 hommes et 5 femmes ont été jugés, mais acquittés pour cause de folie; 1 homme fut jugé et condamné, mais déclaré aliéné pendant qu'il attendait l'application du jugement; 5 hommes avaient été condamnés à mort, mais on avait sursis à l'exécution pour cause d'aliénation mentale, et enfin 12 hommes et 7 femmes avaient été déclarés aliénés pendant qu'ils étaient soumis à la servi-

tude pénale. Pour ces derniers, voici quels étaient les crimes qui avaient motivé leur condamnation.

	H.	F.	TOTAL.
	—	—	—
Vol.....	5	6	11
Vol avec effraction, la nuit, dans une maison habitée.	2	»	2
Tentative de meurtre ou blessures graves	2	1	3
Rupt.....	1	»	1
Incendie.....	1	»	1
Rébellion.....	1	»	1
TOTAL...	<u>12</u>	<u>7</u>	<u>19</u>

Pour les autres aliénés, les crimes avaient été les suivants :

	H.	F.	TOTAL.
	—	—	—
Meurtre.....	10	8	17
Tentative de meurtre, blessures graves.....	5	1	6
Voies de fait.....	1	»	1
Incendie.....	2	»	2
Crime de lèse-majesté et attaques séditieuses	1	»	1
Oufrage à la morale publique par la voie de la presse...	1	»	1
Tentative de suicide.....	1	»	1
TOTAL...	<u>21</u>	<u>8</u>	<u>29</u>

M. le Dr Orange constate en faisant le relevé des dix dernières années, que si on les partage en deux périodes, l'une s'étendant de 1870 à 1875, l'autre de 1876 à la fin de 1879, le nombre des homicides commis par les aliénés n'a présenté qu'une très légère diminution. Dans la première période de six ans, le total des aliénés homicides admis a été de 97, dont 55 hommes et 42 femmes — ce qui donne une moyenne annuelle de 9, 16 pour les hommes, et de 7 pour les femmes : pour les deux sexes 16, 16.

Dans les quatre années de la seconde période, le nombre des admissions pour la même cause a été de 63, dont 34 hommes et 29 femmes. La moyenne annuelle a été de 8,50 pour les hommes, de 7,25 pour les femmes, et de 45,75 pour les deux sexes, présentant une diminution dans le chiffre des aliénés homicides (hommes), et une légère augmentation pour les femmes.

Pendant l'année 1879, deux aliénés, maintenus dans des asiles de comté, furent transférés à Broadmoor après avoir tué deux autres malades.

Le tableau général suivant donne les crimes commis par 442 des aliénés présents au 31 décembre 1879. Les 74 autres (54 hommes et 17 femmes) avaient été transférés des prisons où ils subissaient leur peine; ceux dont il est fait mention appartenaient à la classe des aliénés reconnus tels, soit avant, soit pendant l'instruction, ou acquittés comme aliénés après jugement, ou condamnés et bénéficiant d'un sursis pour cause d'aliénation mentale.

CRIMES.	H.	F.	TOTAL.
Meurtre.....	438	75	213
Tentative de meurtre; blessures graves.....	92	46	408
Homicide involontaire.....	3	2	5
Dissimulation de part.....	»	2	2
Rapt.....	4	»	4
Voies de fait.....	7	»	7
Voies de fait avec intention d'enlèvement.....	6	»	6
Crime contre nature.....	7	»	7
Crime de lèse-majesté; attaques séditieuses.....	3	»	3
Vol avec effraction, la nuit, dans une maison habitée..	40	»	40
Vol de moutons.....	2	»	2
Vol de chevaux.....	4	»	4
Vol d'objets de peu de valeur (ne dépassant pas 42 pence)	4	2	6
<i>A reporter...</i>	274	97	371

CRIMES.	H.	F.	TOTAL.
<i>Report...</i>	274	97	371
Incendie et destruction criminelle par le feu	26	4	27
Dommages causés avec préméditation.....	2	»	2
Crimes emportant la peine de mort	4	»	4
Autres délits	2	»	2
Envoi de lettres contenant des menaces.....	2	»	2
Tentative de suicide	3	»	3
Outrages à la morale publique par la voie de la presse....	4	»	4
TOTAL...	344	98	442

Au congrès de Paris, en 1878, l'honorable docteur Hack Tuke, de Londres, avait bien voulu nous apporter de précieux renseignements sur l'asile de Broadmoor. Ce qu'il nous avait dit à cette époque nous avait vivement intéressé; ce que nous avons vu nous-même, nous a confirmé dans l'opinion déjà faite depuis longtemps, des immenses services que pourrait rendre en France un pareil établissement, appartenant à l'Etat, administré, subventionné directement par lui. Broadmoor répond à une nécessité sociale; à l'heure où les asiles tendent de plus en plus à se transformer pour le grand bien de leurs hôtes infortunés, où l'on cherche à donner à l'aliéné la plus grande somme de liberté possible, il faut de toute nécessité qu'il existe un lieu sûr où puissent être maintenus avec humanité, mais sous une surveillance étroite, des malades à tendances homicides, à perversité profonde, dont le contact est préjudiciable aux autres aliénés, ébranle la discipline dans l'asile, est une cause de difficultés incessamment renouvelées. Ce que les médecins anglais ont trouvé mauvais chez eux, ne l'est pas moins chez nous. En créant à la maison centrale de Gaillon un quartier spécial, MM. les Inspecteurs généraux des asiles et des

prisons de France ont consacré un principe qui doit être défendu par nous, dont nous avons le devoir de demander aux pouvoirs publics une application plus large. Si quelques incertitudes nous étaient restées, elle seraient tombées à la suite de notre visite à Broadmoor. Non, cet asile spécial ne ressemble pas à un autre asile ; si l'on n'y fait que passer, on pourra prendre, peut-être, pour ordinaire et simple ce qui est le résultat d'une organisation remarquable à tous égards. Surveillance et discipline se peuvent rencontrer partout ; mais là, si l'on va sérieusement au fond des choses, on trouve tout un système, dont l'économie diffère de celle de tous les autres asiles d'Angleterre. Une loi spéciale le régit et s'applique aux aliénés qu'il renferme ; il est un asile d'Etat, c'est à l'Etat qu'il appartient d'y placer, d'y entretenir ceux qui, par le fait de la maladie dont ils sont atteints, sont devenus un danger social.

Combien avait raison M. le Dr Hack Tuke dans son remarquable discours à la séance annuelle de la Société médico-psychologique d'Angleterre, le 2 août 1884, de dire que la création de Broadmoor avait été un véritable progrès ! L'Association médico-psychologique anglaise, au souvenir de ses efforts, de ses demandes renouvelées, a le droit d'être fière des résultats obtenus et qui sont dus pour une grande part à son énergique initiative ; pour l'autre part, à des hommes d'Etat, dont l'un des plus illustres, les plus respectés, lord Shaftesbury honorait de sa présence sa dernière réunion.

Nous sommes revenu de Broadmoor satisfait d'avoir trouvé la réalisation d'une idée qui nous était apparue juste. Mais un sentiment plus profond et plus vif encore nous prenait tout entier. Nous avons vu cette population que les autres asiles rejettent avec raison loin d'eux, recueillie, abritée, contenue dans cet établissement d'un caractère tout spécial ; et nous avons rencontré là des hommes qui vivent au milieu d'elle, portant vaillamment l'énorme res-

ponsabilité qui pèse sur eux, acceptant avec un dévouement modeste leur rude labeur. Si les sympathies souvent affirmées devant nous de leurs collègues nationaux sont d'un haut prix pour eux, qu'ils nous permettent de leur dire que les nôtres leur sont aussi sincèrement acquises, et qu'ils trouvent à la fin de ces pages, où j'ai cherché à traduire fidèlement leur pensée, l'hommage de notre profonde estime.

Médecine légale

QUELQUES MATÉRIAUX

APPORTÉS A LA

MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Par M. le Dr BAUME

Directeur-médecin de l'asile de Quimper.

(Suite et fin.)

SIXIÈME OBSERVATION.

Françoise B..., chlorose avec cauchemar et hallucinations. — Égorgement de trois enfants. — Contradiction médicale. — Condamnation à vingt ans. — Mariage à Cayenne. — L'accusée a un enfant et l'égorge comme ses précédentes victimes. — Son mari exaspéré la poignarde.

Je ne crois pas que les *Annales* aient enregistré d'observation plus instructive. Tout y semble accumulé pour en faire une cause célèbre!

Une jeune fille de quinze ans, Françoise Bougaram, vierge et pure de tout mauvais antécédents, orpheline dès l'enfance, avait été élevée à la campagne chez un oncle et une tante qui ne lui avaient trouvé d'autre travers qu'une certaine jalousie pour les caresses dont ses cousins et cousines étaient l'objet. Comme cela arrive souvent, chez les filles du peuple, Françoise fut laver, la première fois qu'elle eut ses règles. — Une suppression en fut la conséquence.

Envoyée, comme bonne d'enfants, à Lesnéven, dans une arrière-boutique où le soleil ne pénétrait pas, cette fille des champs ne tarda pas à devenir pâle et essoufflée. — C'est dans ces conditions qu'elle entra au service des époux R... Françoise avait à monter plusieurs étages, à faire la cuisine, les chambres et, pour surcroît de labeurs, à veiller un jeune enfant malade. Après *trois veillées consécutives*, succombant au sommeil, elle fut réveillée en sursaut par la sensation du poids d'un corps qui l'opprimait. Elle voulait crier, le cri s'arrêtait dans la gorge; elle voulait fuir, ses membres étaient inertes. Folle de terreur, elle crut entendre une voix infernale lui commander d'égorger les enfants confiés à sa garde! C'était en plein jubilé; Françoise invoqua les secours de la religion pour se soustraire à une influence qu'elle attribuait au démon. Le cauchemar, l'hallucination revinrent les nuits suivantes et Françoise commença une série de tortures sur le pauvre enfant qui lui était confié.

Voici, d'après le *Phare de la Loire*, en quels termes Françoise a fait l'aveu de ses crimes (journal *La France* du 14 décembre 1865) :

« Environ huit jours après mon arrivée chez les époux R..., j'ai introduit des excréments dans la bouche de la petite Joséphine; quelques jours après, j'ai cassé avec mes mains, en les tordant, les deux cuisses et une jambe de l'enfant et huit jours avant sa mort, je lui ai introduit le bout de mes doigts dans la gorge, c'est alors qu'elle a vomi le sang.

» Le petit garçon Henri, le jour qu'il est revenu à la maison, était couché. Pendant que sa mère était dans un cabinet, je suis allée auprès de lui, j'ai croché son pied avec mes mains et je lui ai tordu ensuite l'un des bras. Le jeudi vers midi, je lui ai introduit des excréments dans sa bouche. Le samedi 25 novembre au matin, me trouvant seule avec Henri, j'ai introduit avec force dans sa gorge une lame de couteau à manche blanc que j'avais sur moi; le sang sortit

en abondance et quelques minutes après l'enfant rendit le dernier soupir. J'allai de suite prévenir M. et M^{me} R... leur disant que le petit venait de mourir!

» Le 28 novembre Anna était indisposée et seule à la maison, comme elle dormait, je lui ai mis ma main sur le front en lui enfonçant le même couteau dans la gorge. Elle se mit à crier et à jeter le sang par la bouche. Je fus aussitôt appeler M^{me} R..., pour lui dire que l'enfant expirait. Cette dame est accourue et a donné de l'eau sucrée à l'enfant, ce qui lui a fait du bien.

» Le dimanche, à six heures du matin, me trouvant dans ma chambre, où était la jeune Marie, j'ai introduit avec force des excréments dans la bouche. L'enfant se mit aussitôt à crier disant que je lui enfonçais un couteau dans la gorge; elle eut aussitôt des vomissements. Le lendemain lundi, pendant que les parents étaient absents, je suis allée près d'Anna, je lui ai plongé avec force mon couteau dans la gorge et le sang est sorti abondamment. J'allai prévenir M^{me} R... qu'Anna se mourait et quand nous arrivâmes dans sa chambre elle rendait le dernier soupir... »

Telles étaient, en apparence, la piété et la douceur de Françoise Bougaram, si touchants étaient les soins qu'elle donnait aux enfants en présence de leurs parents, si sincères paraissaient ses larmes et ses doléances après la mort des petites victimes, qu'il n'entra dans l'esprit de personne de soupçonner un crime! On crut que ces enfants étaient atteints de péritonite, de perforation intestinale et, dans le public, on appela cette maladie, *la maladie de la famille R...*

Cependant Françoise n'osa pas recommencer sur la jeune Marie une tentative qui n'avait pas réussi le dimanche, parce que l'enfant, plus âgée, s'était réveillée en criant. Elle quitta le service des époux R..., pour aller se gager, comme bonne, chez les époux M..., où il y avait des enfants en bas âge. A peine arrivée dans cette maison, on s'aperçut

que le plus jeune des enfants vomissait des excréments. Le maître de la maison congédia aussitôt Françoise comme suspecte de propager par sa présence la maladie de la famille R...

En quittant de chez M^{me} R..., Françoise en avait emporté des dentelles et des broderies dont elle se para. Elle reçut à cet effet la visite du brigadier de gendarmerie : « Oh! monsieur le brigadier, s'écria-t-elle avec exaltation, comme mon arrestation est providentielle! il y en aurait eu cinquante; ils y auraient tous passé! »

« Comment, Françoise, répondit le brigadier avec stupeur, est-ce que par hasard vous seriez la cause de la mort des enfants? » « Mais, répliqua Françoise, est-ce que ce n'est pas pour cela que vous m'arrêtez? » et là dessus l'accusée raconta que ses petites victimes étaient bien heureuses puisqu'elles étaient au paradis et qu'elle les voyait toutes les nuits.

Chargé avec les docteurs Chauvel et Fatou de constater l'état mental de Françoise Bougaram, nous avons prolongé pendant trois mois une expertise hérissée de difficultés, car il n'y avait dans la procédure aucune trace de l'état chlorotique et des hallucinations qui avaient été le mobile d'actes aussi atroces qu'extraordinaires et l'accusée se maintenait, à cet égard, dans une réserve absolue. Rien ne trahissait chez elle de préoccupations délirantes, elle jouissait au contraire de toutes les apparences lucides.

Les circonstances de son arrestation et ses goûts de toilette me suggérèrent l'idée de lui promettre un beau foulard, si elle voulait me révéler en toute sincérité le mobile auquel elle avait obéi et m'avouer toutes les influences qu'elle avait pu subir. « Prenez garde, ajoutai-je, qu'en vous renfermant dans le silence vous n'aggravez votre peine. Par le privilège de votre âge, vous échappez à la peine de mort, vous encourez comme maximum vingt ans de réclusion, au cas où rien ne pourrait atténuer vos crimes. Si, au contraire,

on vous prend pour une folle, comme votre folie serait des plus dangereuses, vous risquez d'être renfermée à perpétuité avec des folles. Choisissez, vous avez tout intérêt à expliquer ce qui paraît absolument inexplicable.»

Cet argument impressionna vivement l'accusée qui nous fit alors un récit circonstancié sur ses insomnies, son essoufflement, le cauchemar et les voix qui la terrifièrent en faisant d'elle un instrument docile pour ces abominables forfaits.

Les trois experts furent unanimes à constater, *qu'au temps de l'action, Françoise Bougaramétait atteinte de chlorose et avait commis ses crimes sous l'influence d'hallucinations ; qu'elle était irresponsable ; que sa maladie pouvait se compliquer d'hystérie et se reproduire avec les mêmes conséquences ; que si l'humanité commandait de l'envoyer dans une maison d'aliénés, l'intérêt social exigeait impérieusement qu'elle y fût tenue perpétuellement séquestrée.*

Aux débats de la cour d'assises, nous fûmes énergiquement combattus. L'intérêt émouvant qui s'attachait aux pauvres petites victimes et le sentiment de la vindicte populaire vouaient d'avance nos conclusions à un échec certain. Par surcroît de malechance elles furent contredites, dans la discussion, par deux médecins qui n'avaient pas reçu mission d'examiner l'état mental de l'accusée. L'un d'eux, médecin de la prison de Brest, déclara, sur interpellation, qu'il ne s'était pas aperçu que Françoise fût atteinte de chlorose ni de folie à l'époque de son arrestation. Il convint cependant qu'il lui avait fait prendre des pilules de fer pour rappeler ses règles. On pouvait évidemment déduire de cet aveu l'existence de la chlorose, puisque cette maladie s'accompagne presque toujours de l'aménorrhée.

M. le président des assises, avec une grande courtoisie, m'ayant convié à une large discussion dans une affaire où l'intérêt de la vérité était pour ainsi dire à peu près le seul en jeu (puisque la peine de mort était écartée de droit et

que, condamnée ou acquittée, l'accusée avait la perspective d'un très long bail dans une prison ou dans un asile d'aliénés), je m'attachai à démontrer que la chlorose se complique parfois des déviations les plus étranges, que tel avait été le cas chez Françoise Bougaram, et qu'en dehors de cette explication aucune autre n'était plausible. L'éminent magistrat me concéda que la chlorose pouvait bien amener ces déviations, mais encore fallait-il établir que l'invasion de la chlorose, chez l'accusée, existait avant les crimes et qu'elle n'était pas la conséquence de la réclusion. C'était en effet le nœud de la question. Je priai M. le président de demander au témoin Le Vezo, tuteur de l'accusée, s'il n'avait pas remarqué de changement sur ses traits quand il fut la voir à Lesneven, un mois après son départ de la campagne, c'est-à-dire un mois avant la date des crimes ?

Le témoin répondit, en langage breton, qu'il avait été frappé du changement de sa pupille en si peu de temps : elle avait, dit-il, le teint *lez glas*. Traduisant ces paroles, l'interprète assermenté fit observer à la cour d'assises que l'expression *lez glas* représente la teinte opaline d'une surface de lait vue à quelque distance, la langue bretonne ne distinguant par très bien entre *le vert* et *le bleu*.

Sur cette déclaration je m'écriai qu'il n'y avait pas de preuve plus topique de la préexistence de la chlorose chez Françoise Bougaram dont les pâles couleurs étaient pittoresquement affirmées par cette comparaison au *lait vert*. J'eus l'illusion de croire la question vidée : l'illusion ne fut pas de longue durée. Le médecin chargé de l'autopsie des victimes fit observer que le mot *glas* veut quelquefois aussi dire rosé. — Ah ! s'empressa de faire remarquer M. le président, *c'est le teint rosé des villes qui a remplacé le hâle de la campagne. Voilà ce que les trois experts de Quimper ont pris comme symptôme de la chlorose. MM. les jurés apprécieront.*

J'ai appris depuis que jamais le mot *glas* n'a voulu dire rosé. Il y avait eu là une affirmation par trop téméraire qui

aurait pu produire les effets les plus regrettables si la peine de mort avait été encourue. Mais j'ai hâte de dire que, d'après le sentiment public, nos conclusions se sont heurtées à l'argumentation de l'honorable magistrat qui représentait le ministère public. La loi sur les aliénés, a-t-il objecté, n'a pas distingué entre les aliénés criminels et les autres. Pour tous les aliénés sans distinction elle a prescrit qu'ils recouvreraient leur liberté aussitôt la guérison obtenue. Si Françoise Bougaram est acquittée comme folle et si elle est ensuite remise en liberté comme guérie, la société sera de nouveau exposée à ses attentats.

Frappé de ces considérations, dont je reconnais l'inexorable logique, tant que la loi ne sera pas réformée, le jury rapporta un verdict affirmatif sur toutes les questions, même sur celle du discernement qui avait dû lui être posée! Françoise Bourgaram fut condamnée au maximum de la peine, à vingt ans de réclusion. J'avais eu occasion de dire qu'avec ce maximum elle n'aurait que trente-cinq ans, à l'expiration de sa peine et qu'elle pourrait se trouver alors plus dangereuse encore. Je ne croyais pas qu'un avenir beaucoup plus prochain donnât une éclatante confirmation à ce pronostic.

Envoyée d'abord à Vannes dans une maison de correction, Françoise Bougaram ne tarda pas à y devenir l'effroi de ses compagnes, par son exaltation et par les hallucinations qu'elle subissait. Transférée à la maison centrale de Rennes et de là déportée à Cayenne, elle a obtenu l'autorisation de s'y marier avec un forçat; elle en a eu un enfant, et son premier soin a été de l'égorger. Le forçat, son mari, rentrant sur ses entrefaits, a saisi le couteau encore ensanglanté, avec lequel il a tué cette étrange mère!

Telle a été, au dire de personnes entièrement dignes de foi, la fin de Françoise Bougaram. C'est l'exemple le plus frappant de la ténacité d'un penchant et d'une idée fixe, et

il prouve que les peines les plus sévères ne sont pas toujours celles qui préservent le mieux la société!

SEPTIÈME OBSERVATION.

Affaire Le Signor. — Tentative d'empoisonnement par la femme aliénée sur le mari aliéné. — Acquittement. — Séquestration.

Les époux Le Signor, cultivateurs, vivaient séparés : le mari en traitement à l'asile de Quimper, pour cause de démence, et la femme à l'asile de Morlaix, pour manie érotique et hystérie.

Un soir de novembre 1856, on nous apportait, au bureau, une galette déposée pour l'aliéné Le Signor, sans qu'on eût indiqué la provenance. Cette galette était faite avec soin et répandait un parfum de muscade. Un soupçon traversa l'esprit du Dr Follet dont j'étais l'adjoint. Ordre fut donné de la faire goûter aux chats. En peu d'instant il y en avait trois de morts. Nous adressâmes sur le champ un rapport au chef du parquet en lui signalant la femme Le Signor comme l'auteur probable de l'attentat, si elle était en liberté.

L'analyse chimique de la galette démontra qu'elle contenait assez d'arsenic pour empoisonner cinquante personnes. La femme Le Signor, sortie pour la deuxième fois de l'asile de Morlaix et mise en état d'arrestation, avoua sans détour qu'elle avait préparé la galette et l'avait expédiée dans le but d'empoisonner son mari. Elle ne fut l'objet d'aucun examen médical et déférée à la cour d'assises du Finistère, à la session de janvier 1857. Les débats furent très vifs. C'était au moment même où se jugeait à Paris l'affaire de l'abbé Verger (l'assassin de l'archevêque), dont le crime paraissait avoir bien des liens de parenté avec la folie. Le substitut, qui occupait le siège du ministère public, ne manqua pas de s'élever contre cette prétention de la science qui voulait expliquer par la folie des attentats

qui n'avaient pas d'autre explication possible. Il rappela les exemples de Papavoine et d'Henriette Cormier, exécutés comme homicides. Le défenseur objecta que ces exemples étaient assez malheureusement choisis, puisqu'il y avait aujourd'hui, dans les asiles, quantité de monomanes semblables. Il s'appuya surtout sur des documents établissant que la séquestration de la femme Le Signor *comme folle* avait été due à l'initiative du précédent chef du parquet et il renvoya son contradicteur à son chef hiérarchique.

L'accusée expliqua sa tentative criminelle en disant *qu'un personnage marquant lui avait envoyé un sort pour la pousser à se débarrasser de son mari*. Acquittée, elle fut séquestrée une troisième fois à l'asile de Morlaix.

HUITIÈME OBSERVATION

Vincent le Quéré. — Meurtre de sa femme. — Ordonnance de non-lieu.
Mort à l'asile.

En 1858, Vincent Le Quéré encourait une condamnation à six mois de prison pour des actes de véritable fureur. Il s'était levé subitement de table, avait brisé un chaudron et jeté contre un mur un enfant qui ne lui avait rien fait.

En 1863, il portait à sa femme un coup de faucille et venait se dénoncer lui-même au parquet avec le plus grand calme, en donnant à son acte un mobile si extravagant que des poursuites ne furent pas exercées. D'un autre côté, il ne donnait pas de signes manifestes de folie et fut laissé en liberté.

En 1865, Vincent Le Quéré venait, de grand matin, prier son avocat de dire à la justice comment il avait, pendant la nuit, tué sa femme, à l'occasion d'une simple contrariété, en lui écrasant la tête avec une pierre, après l'avoir trainée par les cheveux.

Commis avec le docteur Fatou pour l'expertise, nous ne pûmes absolument rien tirer de cette espèce de sauvage,

qui répondait à toutes nos questions : « *Qu'on me mette en jugement et l'on saura ce que l'on cherche à apprendre.* »

Après plusieurs mois d'une observation absolument négative, nous hésitâmes, dans notre rapport, à lui accorder le bénéfice de l'irresponsabilité. Nos conclusions semblaient devoir l'amener à répondre de son crime devant la cour d'assises. C pendant la chambre des mises en accusation rendit l'arrêt suivant :

« *La Cour, considérant qu'il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action; que tous les faits de la procédure rapprochés et coordonnés entre eux démontrent que Vincent Le Quér n'a pas agi, en 1865, autrement qu'en 1863 et 1858, c'est-à-dire dans un accès de folie furieuse; que c'est donc un homme extrêmement dangereux contre lequel, dans l'intérêt social, d'étroites et urgentes précautions doivent être prises, mais non un criminel auquel puisse être imputée la responsabilité du meurtre qu'il a commis, dit qu'il n'y a pas contre Vincent d'indices suffisants de culpabilité et ordonne qu'il soit mis en liberté, s'il n'est pas retenu pour autre cause...* »

Séquestré à l'asile de Quimper, Vincent Le Quéré s'y est montré taciturne, impassible et indifférent jusqu'à sa mort, survenue en 1869 par suite de choléra. Une seule fois, à l'occasion d'une contrariété, il est sorti de son impassibilité et a montré des propensions à une véritable fureur épileptique, sans qu'on n'ait jamais eu à noter chez lui d'attaque d'épilepsie.

NEUVIÈME OBSERVATION.

D.... — Jalousie. — Tendance à l'homicide et au suicide. — Sortie à titre d'essai. — Nouvel attentat.

D...., cinquante ans, cabaretier, est un homme d'une grande énergie, décoré de la médaille militaire sur le champ de bataille de Solférino pour avoir, sous le feu de

l'ennemi, emporté sur ses épaules son colonel blessé. Adonné à l'alcoolisme et jaloux à l'excès, D... charge un jour son fusil et en menace sa femme. Elle n'a que le temps de se réfugier chez ses voisins. Exaspéré de dépit, D... se tire, en pleine rue, la charge qu'il destinait à sa femme et se mutile la figure.

Séquestré une première fois le 6 juin 1868, à l'asile de Quimper, il s'y conduit si bien, qu'à une de ses visites périodiques le chef du parquet nous engage, devant D..., à lui rendre sa liberté. Il ne nous fallait rien moins que cette invitation pour peser sur la famille qui consentit, à regret, le 7 mars 1870, à faire un essai. Le 24 avril suivant, D... était ramené d'urgence à l'asile. Dans un accès de fureur subite, motivée encore par la jalousie, il avait essayé de fendre la tête à sa femme, qui se déroba heureusement au coup de hache en se cachant sous le manteau de la cheminée!

Depuis sa rentrée, D... ne cesse de réclamer contre sa séquestration, affirmant qu'il n'a jamais fait de mal à personne. Il se conduit très bien pendant un certain temps, mais il subit souvent de petites périodes bizarres pendant lesquelles il devient sombre et menaçant, sauf à avouer ensuite qu'il s'était imaginé des choses fausses. Cependant, telle est sa lucidité apparente, que, même dans ses mauvais moments, D... pourrait encore paraître victime d'une séquestration arbitraire, si l'on n'avait pas fait cet essai de sortie qui a failli coûter la vie à sa femme, et si son état mental n'était pas constaté par une observation très prolongée.

DIXIÈME OBSERVATION.

Pierre H... — Incendie volontaire avec mobile apparent d'intérêt.
Ordonnance de non-lieu. — Attitude à l'asile.

Le père de H... tenait, aux environs de Kerglof, un débit de boissons et prospérait jusqu'à la venue d'un concur-

rent qui s'établit à quelques centaines de mètres, sur la même route. Il est probable que les plaintes paternelles exercèrent une fâcheuse influence sur l'esprit de Pierre H..., âgé de dix-neuf ans. Celui-ci, sans rien dire à personne, incendia, dans la nuit du 14 octobre 1879, le voisin concurrent en mettant le feu au chaume de la toiture. Six vaches furent rôties, les habitants n'eurent que le temps de se sauver en chemise.

Toutes les circonstances accablaient Pierre H... et il aggravait sa situation en donnant à son crime, pour mobile unique, la vengeance préméditée et l'intérêt. Cependant le conseil municipal de Kerglof avait signé une pétition établissant que ce jeune homme était, depuis quelque temps, bizarre et ne paraissait pas jouir de toute sa raison.

Appelé comme expert en aide au docteur Balay et sur la demande de cet honorable confrère, nous nous sommes trouvés, pour conclure, dans le plus grand embarras. L'accusé ne faisait aucune réponse déraisonnable, ne simulait aucune excuse, il se chargeait au contraire comme un individu las de la vie.

Pâtre des landes bretonnes, Pierre H... avait été transplanté, à l'âge de quatorze ans, dans un noviciat de religieux à Nantes. Il s'y fit remarquer peu à peu par un caractère bizarre, sournois et boudeur, porté à l'isolement, insoumis et brutal, enclin à dégrader. On l'avait vu un jour se jeter sur un chat pour l'étrangler, — un autre jour sur un enfant. — A bout de patience on le renvoya à son père à cause de son originalité et de son peu d'aptitude, et comme ne jouissant pas de toutes ses facultés. Placé dans un autre collège, Pierre H... y fut jugé sans aptitude : « *Il est difficile, écrivait-on, de trouver un caractère plus triste et plus sournois, il s'amusait rarement, on le voyait presque toujours seul dans les récréations...* »

Revenu définitivement chez son père, en avril 1879, Pierre H... se signala par un ensemble de bizarreries, par des pro

pos et une attitude inexplicables dont il fut déposé à l'instruction. Il paraît que la nuit il éprouvait des cauchemars. *Parfois, il jetait des cris pire qu'une bête féroce au point d'épouvanter toute sa famille. Alors il cherchait à se lever et ce n'est que par la force que son père le contraignait à rester au lit. Ces sortes de frayeur ne lui arrivaient pas tous les jours, mais une fois ou deux par semaine.*

Ce renseignement ne manquait pas de valeur, quoique fourni par le père de l'accusé. L'observation de celui-ci à la prison a seulement donné lieu de constater qu'il était sujet à de fréquentes insomnies. Mais il nous a été absolument impossible de nous assurer s'il avait obéi à l'une de ces injonctions mystérieuses qui proviennent soit d'une hallucination, soit d'une conception délirante. Tout le faisait soupçonner d'après son attitude et ses allures bizarres, qui lui donnaient le cachet d'un véritable aliéné, tandis que ses réponses pouvaient le conduire tout droit à la guillotine.

Le rapport que nous eûmes à fournir porta l'empreinte de notre embarras. Il nous parut utile de rappeler sommairement les observations qui font l'objet du présent travail pour montrer les difficultés de l'expertise et même d'une expertise très prolongée. Il nous parut également utile de rappeler l'exemple suivant :

« Il y a quelques années un jeune frère novice de Saint-Jean-de-Dieu, Le C... commettait à Lyon, puis à l'établissement des aliénés de Dinan, une série d'incendies très graves, sans autre mobile qu'un sentiment de jalousie et de vengeance, parce qu'on avait confié à un autre frère le soin de sonner la cloche ! L'expertise médicale le déclara irresponsable et, comme aucun asile de la région ne sesoucia de le recevoir à cause de ses tendances incendiaires, Le C... fut envoyé, par suite d'une mesure combinée entre les ministres de la Justice et de l'Intérieur, au quartier de sûreté de l'hospice de Bicêtre où il est mort de phthisie... »

Il nous sembla que, par une pente naturelle, Pierre H...

pouvait compléter cette série d'observations dont les sujets se rapprochaient par tant de traits communs. Nous invocâmes, en la regrettant, la lacune de la loi qui n'a pas prévu de distinction pour les aliénés criminels ; mais nous fîmes remarquer, qu'en pratique, on peut suppléer au silence de la loi tant qu'il reste un doute sur la solidité de la guérison et qu'une disposition législative nouvelle pourrait bien intervenir prochainement pour sauvegarder d'une manière plus efficace la sécurité publique.

Sous la réserve de ces considérations nous avons émis les conclusions suivantes :

« Pierre H... ne nous paraît pas avoir accompli son crime sous l'influence d'un état mental nettement caractérisé, mais plutôt sous l'influence d'un sentiment de haine et de vengeance. »

Toutefois, sa responsabilité est largement atténuée par un ensemble de symptômes bizarres qu'il présentait déjà avant le crime et qui permettent d'admettre qu'il ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales.

C'est un sujet très dangereux ; ses impulsions peuvent le porter à recommencer des actes désastreux. Il y a lieu de demander son admission, soit au quartier d'aliénés de Gaillon, soit au quartier de sûreté de Bicêtre, et de l'y maintenir indéfiniment. »

Une ordonnance de non-lieu intervint en faveur de Pierre H... qui fut placé à l'asile de Quimper. Depuis dix-huit mois qu'il s'y trouve, il n'a pas changé d'attitude. Il est toujours bizarre et solitaire, se tient calme, travaille, est à peu près indifférent à tout. La seule explication que j'aie pu obtenir de lui sur l'incendie du 19 octobre 1879, est la suivante : *« On ne saura jamais tout ce qui m'a passé par la tête. Si je le disais on ne me croirait pas. »*

SÉRIE D'OBSERVATIONS.

Cinq exemples d'impulsions dangereuses chez des aliénés sequestrés.

Les actes imputés à des aliénés en liberté, dont l'état mental n'est pas encore suffisamment avéré, ne diffèrent pas, quant aux mobiles, des actes accomplis par des aliénés confirmés et depuis plus ou moins longtemps séquestrés. A ce titre, il me paraît important de rapprocher des observations qui précèdent, les cinq exemples qui suivent dont j'ai été le témoin intéressé.

I. Le 14 septembre 1855, j'étais averti, en toute hâte, que le feu avait pris à une meule de foin dans la ferme de l'asile. Parmi les aliénés les plus occupés à l'éteindre, je remarquai le nommé Poullouec, placé depuis six mois à l'asile, où il végétait dans un état habituel de stupeur et d'hébétéude. J'attribuai à l'impression de l'incendie l'activité extraordinaire dont il faisait preuve, mais le soupçon qu'il pût en être l'auteur ne me vint pas. Un instant après, l'incendie étant à peu près éteint, Poullouec fut surpris, mettant de nouveau le feu à une vieille bicoque couverte en chaume.

— *Oh! monsieur, je sais que j'aimérité une bonne douche; mais si forte qu'on me la donne, la peine n'égallera jamais le plaisir que j'ai eu à mettre le feu!*

— *Vous ignorez donc, lui fis-je observer, que l'incendie est puni de mort comme l'assassinat? — Oui, reprit-il, quand la maison est habitée ou sert d'habitation, mais ce n'est pas ici le cas. J'ai causé un dommage matériel à l'asile. Je vais écrire à ma mère de le réparer.*

Surpris d'un pareil langage chez un aliéné, qui paraissait habituellement stupide, je le priai de me dire en toute franchise à quel mobile il avait obéi. Il me fit le récit sui-

vant : « Depuis quinze jours, je souffrais de la tête, je ne dormais pas, j'étais terrifié de l'idée du feu. Une suggestion intérieure, prenant peu à peu la forme d'une voix, m'a dit : Imbécile, tâche de mettre le feu quelque part et tu seras guéri... J'ai épié, plusieurs jours, le moment propice. Ce matin j'ai pu me dissimuler derrière le bâtiment pendant que les travailleurs allumaient leur pipe, et, après leur départ, j'ai pris dans ma main un morceau de braise toute allumée, j'ai soufflé le feu sur le foin ; quand la flamme s'est élevée, je me suis mis à la contempler et j'en ai senti un grand soulagement. Mais quand les travailleurs sont accourus, je me suis caché, puis j'ai fait comme eux pour éteindre le feu. La voix mystérieuse m'a alors traité de lâche et m'a ordonné d'incendier la bicoque couverte en chaume, ce que j'étais en train de faire quand on m'a découvert... »

Poullouec a vécu, dans un état habituel de stupeur, jusqu'au 16 avril 1857, emporté à cette date par une série d'attaques d'épilepsie. La substance cérébrale était très ramollie, désorganisée en certains points. Les intestins contenaient une immense quantité de vers lombricoïdes.

II. Le 7 mars 1857, je passais la visite des aliénés sur les rangs ; un cordonnier, nommé Roué, m'envoya, à la tête, un coup de poinçon de cordonnier qui, heureusement, n'atteignit que les cheveux. Il se disposait à frapper un nouveau coup, quand il fût arrêté et désarmé par les infirmiers de ma suite. Je veillai à ce qu'on ne lui fit aucun mal, on le transporta à l'infirmerie où je fus l'interroger avec soin. Cet homme m'avait été spécialement recommandé par le président de la société de secours mutuels de Brest. Il était fort doux en apparence, éprouvait des hallucinations de l'ouïe. J'avais essayé de le guérir à l'aide de l'électricité.

Roué m'expliqua de la manière suivante sa tentative :
Je ne vous en veux pas et n'ai aucun sujet de vous en vou-

loir, car vous avez toujours été bon pour moi. Mais la sainte Vierge me tracasse et sa voix m'a enjoint de vous tuer, si je voulais hériter du maréchal Soult qui m'a institué son héritier; j'ai failli faire le coup, il y a trois jours, en vous trouvant seul au bureau... Je n'ai pas osé. La voix est devenue plus impérieuse et m'a forcé à agir devant tout le monde.

— Regrettez-vous ce que vous avez fait? — Non; pourquoi le regretterais-je, puisque j'y ai été forcé?

Peu de temps après, Roué devenait sujet à des vertiges épileptiformes. Il est mort complètement épileptique sans avoir recouvré un seul intervalle lucide.

.

III. C'est encore à la visite du matin, le 29 mars 1834, que j'ai été assailli par un aliéné furieux, le nommé Br... Bondissant subitement sur le banc et la table, avant que les employés de mon entourage puissent soupçonner son dessein, il me fondit sur la tête les poings fermés. La commotion fut assez forte pour m'en enlever la conscience. Je sentis vaguement des doigts qui semblaient chercher les yeux ou la gorge, tandis qu'on me dégageait des mains de ce furieux. Le lendemain matin, il me demandait pardon de la manière la plus touchante: *Pardonnez-moi, il faut que je fusse fou, car vous ne m'avez fait que du bien. Je ne puis pas m'expliquer à moi-même une pareille action!*

Je n'éprouve aucune hésitation à convenir que de pareilles tentatives, jointes aux exemples tragiques des docteurs Geoffroy et Marchant, m'ont laissé de douloureuses impressions. Du reste, quand on réfléchit à l'extension donnée au travail et à la liberté dans les asiles, on est prodigieusement surpris que les accidents y soient relativement très rares, beaucoup plus rares, à coup sûr, que ne le sont les attentats commis par les aliénés au dehors, avant que leur folie n'ait franchement éclaté.

.

IV. Le cas suivant me rappelle le souvenir le plus douloureux de ma carrière :

Pour améliorer le sort des aliénés et sonder jusqu'où l'on pourrait aller avec eux dans la voie d'une liberté restreinte, j'avais, pendant trois ans, tenu au château du Pérennon, distant de 12 kilomètres, une petite colonie de 12 aliénés et 3 surveillants, occupés à extraire la pierre apportée par bateau pour le service de l'asile. Le propriétaire nous donnait la pierre, logeait gratuitement nos hommes et se complaisait, avec sa générosité habituelle, à un essai qui nous avait permis de renvoyer guéris chez eux 29 des aliénés, sur les 36 qui avaient passé par le Pérennon. Aucune évasion, aucun accident ne s'étaient produits.

Cette expérience nous porta à demander et nous fit obtenir, en 1865, la location de la propriété de Kerbasquiou, distante d'un kilomètre de l'asile, pour y installer une colonie de 23 aliénés, avec trois surveillants et un chef de cultures. Tout alla bien jusqu'au 11 avril 1866. Mais ce jour-là, sous l'influence d'un orage qui éclata subitement, l'aliéné Abalain, pris subitement d'une inexplicable fureur, abattit d'un coup de tranche l'auxiliaire de surveillance Lavanant qui était à cinq pas devant lui, lui tournait le dos et ne lui disait rien ! Dans le désarroi qui s'ensuivit, l'aliéné Abalain et un autre aliéné armés de tranches s'évadèrent. L'émotion publique fut naturellement très grande. Les mêmes personnes qui, peu de jours avant, semblaient accuser une spéculation intéressée, ne manquèrent pas de jeter les hauts cris sur une témérité inexcusable ! Avant, il s'agissait d'aliénés qui n'étaient pas fous et qu'on détenait arbitrairement. Aujourd'hui, on ne comprenait pas qu'on mit des instruments entre les mains d'aliénés, etc... On ne tendait à rien moins qu'à faire renfermer plus étroitement les malheureux entre des murs infranchissables. J'objectai que des accidents de même nature venaient de se produire, presque à la même époque, dans les asiles de Dijon

et de Marseille, dans les jardins et dans les dortoirs; qu'il y avait lieu de perfectionner un système qui intéressait encore plus l'humanité que la sécurité publique, au lieu de se décourager et de retourner en arrière. Et depuis, le système du travail à air libre, même en dehors des murs, a fonctionné sans amener, en quinze ans, aucun accident. Du reste, les aliénés évadés furent promptement ramenés. Interrogé sur le mobile de son crime, Abalain (qui était paisible et indifférent depuis plus d'un an) répondit : *Je n'en sais, ma foi de Dieu, rien. Cet homme ne m'avait absolument rien fait, ne m'avait même pas adressé la parole. Je n'ai pas une seule bonne raison à donner. J'ai senti tout d'un coup un grand froid sur l'estomac, quand l'orage a commencé, c'est alors que j'ai commis le malheur! J'étais bien content d'aller au travail, il y avait trop longtemps que je n'avais travaillé. J'avais trop de force. Je ne puis pas dire que j'aie du repentir... Je ne m'en sens pas dans le corps...*

Objet d'une ordonnance de non-lieu pour cause de démence, l'aliéné Abalain fut transféré dans un autre asile par mesure de sécurité.

.....

V. Le nommé Lest..., entré à l'asile le 22 août 1854, à l'âge de vingt-deux ans, y paraissait être depuis seize ans le plus inoffensif des imbéciles. Il avait, avec quelques déments paisibles, la spécialité de sarcler les allées sous la surveillance de l'auxiliaire Normand. Le 23 mars 1874, celui-ci ayant fait à Lest... une observation, Lest... se précipita sur le malheureux auxiliaire, le terrassa et lui creva un œil avec ses ongles.

Questionné sur le mobile, Lest... nous répondit : « *Cet homme m'avait contrarié et je n'aime pas à être contrarié.* » Il continue à végéter à l'asile dans un état de quiétude et d'indifférence que rien ne trouble. C'est la seule fois qu'il se soit montré violent pendant un séjour de vingt-sept ans.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

Il résulte de cet exposé qu'il est parfois très difficile de constater la folie et plus difficile de déterminer exactement la responsabilité. Cédons à ce sujet la parole à trois interlocuteurs intéressés dans la matière :

Voyez-vous, disait le premier, *quand on a été une fois renfermé comme fou, on peut commettre impunément tous les actes.*

Distinguons, objecta le deuxième, *si vous étiez guéri à votre sortie de la maison d'aliénés, et s'il n'est pas constaté que vous ayez rechuté, la justice saura bien vous demander compte de vos actes.*

C'est égal, reprit le troisième, *on dira qu'il reste toujours quelque chose d'une première touche de folie, et le doute profitera au criminel...*

Cette conversation, que j'ai entendue, émanait de trois aliénés: le premier était un vieux maniaque, ramené pour la huitième fois à l'asile; le second se croyait *enceint* de trente enfants; quant au troisième, il se disait *l'empereur* et, quand je lui objectais que tel autre aliéné se disait aussi *l'empereur*, il répondait en souriant avec pitié: *Le pauvre diable se croit empereur depuis que je lui ai donné une de mes redingotes à Sainte-Hélène.*

On peut donc être parfaitement fou et tenir une conversation suivie, passer un baccalauréat sans que la Faculté s'aperçoive de l'état mental, subir un interrogatoire sans que le jury ou le juge discernent la folie.

Les quinze observations qui précèdent donnent lieu au classement suivant: un cas de suicide, onze cas de meurtre ou de tentative de meurtre, deux cas d'incendie, un cas de tentative d'empoisonnement.

Sur les onze aliénés enclins au meurtre, quatre avaient également des tendances au suicide.

Quant au mobile des actes : cinq avaient obéi à des hallucinations de l'ouïe, quatre à des conceptions délirantes, deux à la jalousie, quatre à des impulsions aussi irrésistibles qu'inexplicables.

Quant à la préméditation des actes : elle a été plus ou moins manifeste chez neuf aliénés, tandis qu'il y a eu la spontanéité de la fureur chez les six autres.

Quant à la solution judiciaire : six aliénés n'ont été l'objet d'aucune information à cause de l'évidence de leur état mental ; cinq ont été l'objet d'ordonnance de non-lieu et séquestrés comme aliénés ; quatre ont été déférés à la cour d'assises qui en a acquitté trois, séquestrés ensuite comme aliénés. La quatrième (Françoise Bougaram) a été condamnée au maximum de la peine.

Quant à la sanction de l'expérience, l'observation ultérieure et prolongée a donné raison aux conclusions médicales pour tous les sujets séquestrés à l'asile : si tous n'étaient pas également irresponsables, aucun d'eux ne jouissait de la responsabilité complète de ses actes : les symptômes observés après la séquestration, ont démontré que la cause de l'humanité s'était confondue avec celle de la justice, tout en sauvegardant la sécurité sociale.

Par contre, la seule condamnation prononcée, à l'encontre de l'expertise médicale qui demandait l'acquittement et la séquestration indéfinie dans un asile d'aliénés, celle de Françoise Bougaram (sixième observation), a été une éclatante justification des principes que nous n'avons pu faire prévaloir.

Cette fille de quinze ans, qui a déjà égorgé trois enfants sous l'influence d'hallucinations terrifiantes, et qu'on envoie se marier à Cayenne où elle égorge son premier-né, montre suffisamment que la répression sévère est une arme insuffisante pour prévenir le retour de certaines monomanies :

en effet, les bûchers du moyen âge n'ont pas détruit la monomanie religieuse. A une époque plus rapprochée l'exécution capitale de Papavoine et d'Henriette Cornier n'a pas empêché la pathologie mentale de se grossir des cas de Pichon, de François Bougaram et de bien d'autres qui résulteront fatalement d'états maladifs, auxquels la justice ne peut rien !

Certes, s'il n'y avait à considérer que l'horreur des crimes et la pitié qui s'attache à d'innocentes victimes, aucune voix ne voudrait s'élever pour défendre les auteurs de pareils attentats ! Mais si l'on considère les antécédents irréprochables de la plupart des sujets d'observation et leur conduite après leur admission à l'asile, on conviendra qu'il serait injuste de les confondre avec des criminels.

Lorsque le législateur a inscrit dans le code qu'il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était atteint de démence ou de fureur au temps de l'action, il s'est inspiré sagement de l'intérêt social, à une époque où les cas de folie se multiplient tellement que l'honneur d'une famille pourrait être à la merci d'un dérangement intellectuel de l'un de ses membres !

Au surplus, rendons un légitime hommage aux tendances actuelles de la magistrature : c'est son droit et son devoir d'exiger de l'expert qu'il base ses preuves de l'excuse sur les faits d'une observation médicale rigoureuse, plutôt que sur les déductions d'une théorie abstraite ; mais, lorsque cette preuve est plausible, nous voyons les magistrats se ranger du côté de l'expertise.

Dans la plus embarrassante de toutes celles qui nous ont été confiées (Pierre H..., 40^e obs.), nous avons dû soumettre au magistrat instructeur un résumé des observations qui précèdent, pour justifier nos conclusions. Ce sont tous, ajoutons-nous, des sujets qui se rapprochent par bien des points : caractères sournois, esprits bizarres, enclins aux actes les plus monstrueux sous l'influence des mobiles les plus futiles ou sans mobiles. Insomnies, cauchemars, hallucina-

cinations précédant les crimes; ceux-ci suivis d'une sorte de détente qui laisse les accusés conscients en apparence, trop intelligents pour ne pas paraître coupables, trop bizarres pour ne pas laisser du doute sur l'intégrité de leurs facultés! Ce sont tous des individus partiellement responsables et partiellement excusables en raison d'un trouble mental peu accentué au début, si peu accentué même, que sans une observation de plusieurs années, comme dans les premières observations rapportées ci-dessus, la conviction serait restée incomplète! Et cependant, la législation actuelle a pu comporter, pour tous ces cas qui se ressemblent par tant de points, tantôt une dispense d'information, tantôt une ordonnance de non-lieu, tantôt l'acquiescement, tantôt la condamnation!

C'est ici le gros de la difficulté : pour l'expert, le législateur n'a prévu que la conclusion de responsabilité ou d'irresponsabilité et pour le juge, que la solution d'absoudre ou de condamner.

Mais où finit la raison? où commence la folie? Quelle dose d'imputabilité impartir à ces cas *intermédiaires* qui ne sont plus la raison complète et qui ne sont pas encore la folie confirmée?

En un mot, quel compte tenir de ces situations mixtes qui semblent appeler des solutions mixtes?

Une condamnation atténuée? Outre qu'elle flétrit, avec sa famille, un individu dont la faute est due peut-être à une cause fatale, cette condamnation risque de laisser le sujet, à l'expiration de sa peine ainsi écourtée, plus fatalement encore porté à de nouveaux excès contre la société!

La séquestration dans un asile d'aliénés?

Mais il y a, dans la loi de 1838, une lacune grave. Le législateur n'a pas fait une situation à part pour l'aliéné criminel que des apparences trompeuses de guérison feront mettre en liberté. Les récidives relatées dans les sixième et neuvième observations démontrent la persistance des im-

pulsions homicides et justifient la réforme législative qui sanctionnerait la création d'un asile spécial pour les aliénés criminels; un asile sauvegardant les droits de l'humanité et de la sécurité publique et dans lequel on relèguerait tous les individus qui, après avoir commis un crime, seraient l'objet d'une ordonnance de non-lieu ou d'un acquittement fondés sur l'irresponsabilité; un asile enfin, où les aliénés criminels pourraient être retenus, sinon indéfiniment, du moins tant qu'une observation minutieuse et longtemps prolongée n'aurait pas démontré la disparition de toute bizarrerie et la solidité de la guérison. — L'admission comme la sortie seraient soumises à la sanction de l'autorité judiciaire qui ordonnerait toutes les vérifications nécessaires.

Il serait facile de rechercher quel est actuellement, dans les asiles, le nombre de ces aliénés dangereux par leurs antécédents et leurs tendances. — On pourrait établir également une moyenne décennale des cas de folie criminelle sur lesquels la justice a eu à statuer. — On déterminerait ainsi l'importance de l'asile à fonder.

Cet asile devrait être fondé par l'État, dans des conditions spéciales, pour sauvegarder les besoins de sécurité en même temps que les droits de l'humanité. La dépense d'entretien des aliénés criminels pourrait être répartie entre l'État, le département, les communes et les familles.

Dans cette étude, tracée à la hâte, j'ai visé un point important de la législation sur les aliénés. Le cadre de ce travail ne m'a pas permis d'emprunter aux excellents matériaux déjà réunis dans les *Annales*. — Mais je crois que la haute commission chargée de préparer la revision de la loi de 1838 consulterait avec fruit chaque chef de service pour faire, dans l'ordre d'idées qui précède, une bonne statistique de la folie criminelle et en déduire la meilleure solution que comporte le problème.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNEXE A LA SÉANCE DU 27 JUIN 1881

Rapport médico-légal.

M. MORET donne lecture du rapport médico-légal suivant :

Nous soussigné, docteur en médecine de la Faculté de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, commis le 20 mai 1881 par une ordonnance de M. Horteloup, juge d'instruction près le tribunal de première instance du département de la Seine, à l'effet de constater l'état mental du nommé G... (Antoine), inculpé d'avoir tenté de commettre un homicide volontaire; après avoir prêté serment, pris connaissance des procès-verbaux d'enquête, visité ledit inculpé, et recueilli les renseignements de nature à nous éclairer, avons con-signé dans le présent rapport les résultats de notre examen.

G..., âgé de 62 ans, gardien depuis longues années du passage des Panoramas, est un homme qui n'a jamais fait parler de lui. Le crime qu'il a commis ne saurait s'expliquer soit par la violence de son caractère, soit par un sentiment de haine qu'auraient provoqué des difficultés avec le collègue qu'il a voulu frapper. C'est l'un de ces actes imprévus qui sont en désaccord avec tout le passé de leur auteur, et dont tout le monde dit: « C'est un acte de folie. »

Le médecin chargé de l'examen de l'état mental de de l'inculpé, ne saurait se contenter de cette formule dont on abuse assez volontiers. Il a le devoir de démontrer l'aliénation mentale, si elle existe, et de préciser en quoi cet acte qui aurait pu être commis par un homme sain d'esprit est véritablement celui d'un fou.

Pour G..., la démonstration n'est pas difficile, mais le fait en lui-même est du plus haut intérêt scientifique, et vaut d'être étudié d'une manière complète. Il nous paraît

nécessaire de reprendre les antécédents et de faire connaître le mode d'invasion de ce que nous pouvons dès maintenant caractériser du nom de : « Conception délirante. »

Il y a quelques semaines, G... en surveillance dans le passage des Panoramas, contribua à l'arrestation d'une dame E... L'affaire fit beaucoup de bruit, la presse s'en empara, l'opportunité de l'arrestation fut vivement contestée, et, en lisant dans quelques journaux les récriminations violentes auxquelles elle servit de prétexte, G... crut qu'il s'était compromis, qu'il allait perdre sa place. Ses craintes furent-elles accrues par les demandes directes que lui firent des journalistes? Nous pouvons le supposer; ce qui est certain, c'est que le gérant du passage ne parvint pas à le rassurer. G... vécut pendant plusieurs jours dans un état d'inquiétude vague d'abord, puis de perplexité; il perdit l'appétit, le sommeil : il tomba malade et dut garder la chambre.

Voilà constituée la période d'incubation. L'invasion se traduit par un état fébrile avec agitation croissante la nuit; le délire éclate : G... croit qu'on va venir l'arrêter, il a sans cesse « la justice » devant les yeux. Il a des machinations dans la tête, des hommes le provoquent, il se bat, il est blessé, il voit du sang. Par moments, « c'est comme un déluge d'eau trouble », puis il se retrouve en prison, il entend les gardiens qui disent : « On ne passe pas. » Et pendant plusieurs nuits de suite, c'est la même succession d'images effrayantes, les mêmes hallucinations auditives.

L'état aigu tombe, G..., plus calme, peut se lever et reprendre son service ; mais son esprit reste toujours inquiet; il se promène dans le passage, tout lui porte ombrage, les boutiquiers « ont l'air de tourner autour de lui; on ne lui dit pas bonjour comme d'habitude. Ce n'est pas qu'il les ait entendus parler mal de lui, mais ça se voit ; la franchise d'autrefois n'y est plus, il y a quelque chose de caché. »

Le lendemain, les craintes s'accroissent, la conviction « qu'il y a quelque chose » est faite. De là à la recherche de cette machination perfide, il n'y a qu'un pas, il sera rapidement franchi. Un matin, G... se présente chez son collègue, la son revolver dans sa poche ; il entre dans la chambre où se reposait son collègue, où on l'a laissé pénétrer sans défiance, il lui dit : « Tu m'as trahi cette nuit », et il dirige son

arme vers lui ; heureusement il n'a pas le temps de tirer, on le désarme immédiatement.

L'évolution des délires de persécution n'est pas d'ordinaire aussi rapide. L'aliéné s'arrête longtemps aux premières périodes, où tout reste vague, confus. Le mot « on » résume les auteurs inconnus des machinations et des trahisons, « on m'accuse on dit du mal de moi, on me fait souffrir, etc. » et, replié sur lui-même, contemplatif, l'aliéné n'est pas sollicité à agir. Puis, il cherche, il imagine des explications des épreuves qui lui sont imposées, il personnifie son délire ; ce n'est plus « on » c'est « un tel. » De passif, l'aliéné devient actif, et si des hallucinations impérieuses commandent, il peut se porter dans cette période à de redoutables violences.

Mais il aura fallu des mois, des années, pour que cette progression s'opère : c'est une évolution lente. Comment se fait-il que G..., qui semble avoir passé par ces deux phases, les ait parcourues si vite ?

C'est là le côté vraiment intéressant de la question au point de vue médical.

C'est que G... n'est pas un délirant persécuté ordinaire ; son genre de vie est la cause première des accidents cérébraux dont il a souffert.

Les gardiens des passages sont exposés à la pire des séductions. Ils sont là le matin de bonne heure, ils assistent à l'ouverture des magasins : les promeneurs sont rares, les clients encore plus ; on cause entre voisins, on s'éloigne d'autant plus volontiers de la boutique déserte qu'on sait qu'il ne se présentera personne ; on va, chez le marchand de vin, tuer le ver, et l'on invite le gardien du passage qui ne refuse jamais une politesse de ceux que protège sa vigilance. C'est ainsi que presque tous les matins, G... trouvait l'occasion de boire du vin blanc, la goutte d'eau-de-vie ; il ne se grisait jamais, il s'imbibait lentement. Il eût pu continuer longtemps peut-être ce régime, qui ne paraissait pas troubler sa santé, si son équilibre n'avait été brusquement rompu par l'affaire E... Ce fut le coup de massue, le traumatisme : la perplexité fut pour lui ce qu'est une blessure, une pneumonie pour les alcoolisés ; sa résistance physiologique fut tout à coup brisée ; il eut un accès d'alcoolisme subaigu. Sa maladie avec ses exacerbations nocturnes, la perte du sommeil, les visions effrayantes, les hallucinations auditives, ne

fut pas autre chose que la manifestation subite de l'intoxication alcoolique. On l'a cru guéri, capable de reprendre son service : il ne l'était pas, et c'est sous le coup d'une impulsion morbide, d'hallucinations auditives, qu'il a décidé de se venger de son collègue, le *traître* qui indispose contre lui les boutiquiers du passage.

Telle est l'interprétation vraie de l'acte pour lequel G... est poursuivi.

Si l'on pouvait conserver quelques doutes, l'examen de l'état actuel les dissiperait. G... délire encore; il a entendu « les journalistes; ils ne lui ont rien demandé directement, mais il a bien compris ce qu'ils voulaient, quand ils se mettent à crier. Dans le commencement de son séjour à Mazas, il entendait très bien qu'on demandait si c'était complet; on ne demande plus rien depuis deux ou trois jours; on passe sans bruit devant sa porte; il a supposé que c'étaient les porteurs de journaux qui allaient et venaient. »

Interrogé sur le fait lui-même, il regrette sa violence, mais il reste convaincu que son collègue travaillait sous main. Il a pardonné, mais il est certain qu'il y a quelque chose de louche.

D'ailleurs, le sommeil n'est pas revenu; dans la nuit qui a précédé la journée où nous avons vu G..., il s'était levé quatre ou cinq fois, il avait des secousses dans les membres. Il avoue qu'il n'est pas tranquille, « qu'il ne peut pas se tirer ça de là », et il montre sa tête.

Cet examen nous conduit à la conclusion suivante : G... a été atteint de troubles cérébraux subaigus, sous l'influence de préoccupations morales qui l'ont brusquement déprimé; des habitudes alcooliques anciennes avaient préparé une intoxication qui s'est manifestée avec ses symptômes habituels quand l'équilibre de la santé a été rompu.

La tentative d'homicide reprochée à G... n'est rien de plus qu'une impulsion morbide doublée de conceptions délirantes. Au moment où G... s'est livré à l'acte incriminé, il était dans un état de trouble mental qui lui enlève toute responsabilité de cet acte.

Paris, le 3 juin 1884.

A. MOTET.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ESPAGNOLS

ANNÉE 1880.

El Siglo Medico.

Etudes sur la pellagre.

Le journal *El Siglo medico* a publié, pendant l'année 1880, de nombreuses études sur la pellagre qui sévit toujours en Espagne et y fait chaque année de nombreuses victimes.

Les quelques observations suivantes, publiées par le docteur Tomas Valera y Jimenez, donnent un tableau complet des symptômes de cette redoutable affection.

La première a trait à une femme âgée de 30 ans, d'un bon tempérament. Un de ses oncles est mort de pellagre. Comme causes prédisposantes, on signale un travail fatigant et excessif, quelques excès. L'alimentation était en général suffisante. La malade n'a jamais mangé de maïs, il n'en existe même pas dans la localité qu'elle habite.

Voici les principaux symptômes observés le 4^e octobre 1878: Inappétence, douleur continue à la région épigastrique, pesanteur dans l'hypochondre droit, quelques vomissements, diarrhée, muqueuses décolorées, langue rouge, borborygmes, ventre sensible à la pression. Sur le dos des mains, la peau est tendue, luisante.

Le 25 novembre, les symptômes se sont accentués: la diarrhée a augmenté, les vomissements sont devenus très fréquents; le dos des mains, les joues, le front, sont recouverts d'épiderme récent, paraissant privé de pigment, à en juger d'après le contraste avec les parties voisines. On note encore des vertiges, des syncopes: il existe un commencement d'ascite, le foie est volumineux, les urines sont claires et rares, la malade pleure facilement.

Les principaux agents thérapeutiques employés sont le fer, le quinquina, les arsenicaux.

Le Dr Jimenez appelle l'attention sur la rapidité avec laquelle est survenue la mort, la maladie ayant débuté tout à coup au milieu d'une santé parfaite: il y a eu absence de symptômes cérébraux pendant tout le cours de l'affection: à peine en trouve-t-on trace dans la dernière période. L'énorme volume du foie mérite aussi de fixer l'attention.

La deuxième observation concerne un homme de 60 ans, ayant d'un premier mariage un fils imbécille.

Atteint pour la première fois de pellagre en 1877, il présenta sur le dos des mains l'éruption habituelle. Les gencives furent le siège d'ulcérations; diarrhée fréquente. Le malade se nourrissait habituellement assez mal, mais il n'avait jamais mangé de maïs.

Un troisième malade, P..., âgé de 52 ans, d'un tempérament lymphatique, présenta pour la première fois, en 1876, des symptômes de pellagre. Au printemps de l'année suivante, la maladie fit des progrès considérables. Les premiers troubles intellectuels se manifestèrent. Rebelle à tout traitement, P... croyait à chaque instant qu'on allait l'assassiner. Il ne pouvait se résoudre à travailler: s'il sortait, c'était pendant la nuit, et à travers des rues désertes, fuyant les gens qu'il apercevait; il croyait être damné. Tous ces symptômes qui s'amendèrent pendant l'hiver reparurent l'année suivante.

P... n'avait jamais fait usage de maïs: il n'y avait pas chez lui d'antécédents héréditaires.

Une quatrième observation est relative à un malade chez lequel apparut pour la première fois, en 1875, l'érythème des mains. L'amaigrissement fut rapide et le malade mourut hémiplegique en 1879, mais sans avoir présenté de troubles de l'intelligence. Il n'avait jamais fait usage de maïs.

Un fait qui doit être d'ailleurs mis hors de doute, c'est que la pellagre existe en Espagne sur un grand nombre de points où le maïs n'entre pas dans l'alimentation et n'est même pas cultivé. Le Dr Tomas Valera y Jimenez, ne se prononce pas d'ailleurs sur la question si controversée de l'étiologie: il émet l'idée que cette question pourrait être tranchée par un Congrès international réuni à Madrid.

Le Dr Frederico Amat, qui a observé un grand nombre de cas de pellagre, fournit une intéressante statistique s'étendant à 272 cas.

Voici le nombre des cas de pellagre suivant l'âge des malades :

De 30 à 35 ans.	De 35 à 40 ans.	De 40 à 45 ans.	De 45 à 50 ans.	De 50 à 60 ans.	De 60 à 70 ans.
3	16	26	140	80	7
272					

Suivant les tempéraments :

Nervoso-sanguin	78
Nervoso-lymphatique	128
Malades dont on n'a pu déterminer le tempérament à cause de leur état cachectique	66
TOTAL	272

Suivant les antécédents héréditaires :

Fils de parents atteints d'affections her- pétiques	51
Fils de parents atteints de rhumatismales. d'affections	37
	4
Sans antécédents héréditaires	180
TOTAL	272

Tableau des maladies observées chez les pellagreaux avant l'invasion de la pellagre.

Varicelle.	Rougeole.	Syphilis.	Fièvre ty- phoïde.	Maladies de la peau.	Rhumatis- mes.	Serofules.	Goutte.	Affections chroniques des voies digestives.	Scorbut.
15	245	3	39	84	41	46	8	2	4

Plusieurs de ces affections ont atteint le même malade.
D'après les excès de toute nature :

Pas d'excès connus.	483
Excès { vénériens.	47
{ alcooliques.	49
{ de toute nature.	42
Malades soumis à des passions dépres- sives	44
TOTAL	<u>722</u>

La plus grande partie des malades observés appartenait à la classe aisée de la société, et un petit nombre seulement avait eu à subir des privations de toute nature. « J'avais eu d'abord l'idée, dit le Dr Federico Amat, que la pellagre pouvait être la conséquence d'une anomalie de nutrition des cordons postérieurs de la moelle, car on observe dans cette maladie l'incoordination des mouvements et l'impuissance; je la considérais comme une variété de l'ataxie locomotrice; mais, reconnaissant bientôt l'inefficacité complète des opiacés, du nitrate d'argent, des résolvifs, des affusions froides, je la traitai comme un herpès, par les liqueurs de Fowler et de Pearson, et j'observai une amélioration notable : l'érythème fut moins marqué la seconde année, de même que les troubles cérébro-spinaux. Je sais que mon opinion diffère beaucoup de celle de l'immense majorité des médecins qui ont étudié cette affection, mais si je suis l'ami des médecins, je le suis plus encore de la vérité. »

Le Dr Trifon Bravo Revilla, qui a observé la pellagre dans la province de Palencia, croit qu'il ne faut pas la considérer comme une maladie de la peau; car d'après lui, les rayons solaires sont la cause occasionnelle de l'érythème des mains, et la vraie pellagre peut exister sans qu'il y ait d'érythème. Il place cette maladie à côté de la scrofule, du rachitisme, du scorbut.

La Enciclopedia Médico-farmacéutica.

Cas intéressant de blessure du cerveau; par le Dr Osio.

Il s'agit d'une petite fille de 8 ans, qui reçut une blessure à la partie médiane de la paupière supérieure droite.

Quelques instants après l'accident, on observa des vomissements, une forte céphalalgie, une grande excitation. On fit prendre à la malade du bromure de potassium et du chloral.

Dans la nuit on fit des applications de sangsues à l'anus. Le lendemain de l'accident, on observe les phénomènes suivants: grande excitation; la malade répond à toutes les questions; la paupière est œdématisée, la plaie entrouverte. Un examen complet de la blessure ne peut être fait; le Dr Osio présume que le cerveau peut être lésé, mais il ne peut établir un diagnostic certain.

Pendant les 20 jours suivants, on observa un état comateux accompagné de contracture, principalement des extrémités supérieures. Par moments, frissons suivis de sueurs abondantes.

Vingt jours après l'accident, volumineux exophthalmos de l'œil lésé, produit par une collection purulente. L'abcès ouvert, il s'écoula une grande quantité de pus. L'ouverture de l'abcès parut ranimer un peu la malade, mais elle ne tarda pas à tomber dans un état de somnolence continue.

Sur la cornée, s'observa une desquamation après l'évacuation du pus.

Enfin le 29^e jour après l'accident, la malade succomba.

A l'autopsie, on ne trouva pas trace d'inflammation du périoste de l'orbite. Le corps vulnérant avait pénétré dans le cerveau, en perforant la petite aile du sphénoïde, blessant le lobe antérieur droit du cerveau. Ce lobe était converti en abcès. Il n'y avait rien dans les méninges.

La Razon de la sin Razon.

Statistique des aliénés en Espagne.

Le journal du Dr Pujadas renferme, dans les numéros de novembre et de décembre, des indications sur le nombre des aliénés en Espagne.

En 1847, il existait dans la péninsule 66 établissements dans lesquels étaient reçus les aliénés. Mais, dans ce nombre, ne figuraient que 4 manicômes proprement dits. Les 62 autres établissements étaient des hospices ou des maisons religieuses.

D'après le mémoire publié par la Direction générale de bienfaisance, il y avait, en 1879, 26 asiles ainsi répartis :

Asile entretenu par l'Etat	4
Asiles entretenus par des députations provinciales . . .	40
— réunis aux hôpitaux provinciaux	8
— particuliers	7
TOTAL	26

Il résulte de cette statistique que le nombre des établissements recevant des aliénés a diminué depuis 1815; que le nombre des asiles proprement dits a augmenté; que des asiles que devait fonder l'Etat, d'après la loi de juin 1849, un seul a été édifié, celui de Santa Isabel, en Légañès (Madrid).

Les 66 établissements existant en 1847, renfermaient 4626 aliénés, parmi lesquels 152 pensionnaires.

Les 26 asiles actuels, renferment 3790 malades ainsi répartis :

Asile de l'Etat.	497
Asiles des députations provinciales. . .	2658
Manicômes privés	935
TOTAL.	3790

D'après le dernier recensement de la population générale, il y aurait en Espagne une proportion de 0,225 aliéné par 4,000 habitants. Mais il faut faire remarquer que dans cette proportion ne figurent pas les aliénés qui vivent hors des asiles :

Les 3790 aliénés se décomposent en :

Hommes.	2366
Femmes.	1424
TOTAL	3790

La division en pensionnaires et indigents, donne les résultats suivants :

	Pensionnaires	Indigents
Hommes	426	1940
Femmes	494	1233
TOTAUX	647	3173

Le plus grand nombre des aliénés se rencontre de 35 à 45 ans. On compte, en effet, entre ces deux limites un total de 4150 malades : 745 hommes et 405 femmes.

Enfin, parmi les 3790 malades traités dans les asiles espagnols figurent 333 épileptiques (216 hommes et 117 femmes).

On estime qu'un tiers de ces aliénés est curable, soit 1181.

Il resterait donc dans les asiles 2367 incurables.

Le Dr Rodriguez Mendez estime que le nombre des incurables diminuerait certainement, si les familles, mieux conseillées se

décidaient à placer dans les manicômes leurs malades dès le début de l'affection vésanique.

D^r PEYBERNÈS.

JOURNAUX ANGLAIS

Brain

ANNÉE 1879 (*suite et fin.*)

Numéro VII (Octobre)

31. *Le coup de soleil et quelques-unes de ses conséquences;* par Sir J. Fayer.

L'auteur, qui a étudié le coup de soleil dans l'Inde anglaise, en admet trois formes, trop souvent confondues suivant lui : 1^o la syncope simple, par épuisement dû à la chaleur ; 2^o un état analogue au « choc » dû à l'action des rayons directs d'un soleil intense sur les centres nerveux : le centre respiratoire surtout est affecté ; la mort est possible, la guérison fréquente, mais souvent imparfaite ; 3^o le surchauffement du corps, du sang et des centres nerveux, soit par action solaire directe, soit plus souvent, par action indirecte ; la mort survient par asphyxie : la guérison est fréquente, mais incomplète et laisse subsister divers symptômes qui indiquent de graves lésions du tissu des centres nerveux.

Le diagnostic, le pronostic et le traitement de ces trois formes de coup de soleil sont exposés avec beaucoup de soin dans ce travail, que termine l'observation sommaire de dix-sept cas de coups de soleil ou de coups de chaleur.

32. *Ré-éducation du cerveau adulte;* par J. Mortimer Granville.

Il s'agit d'une observation qui se rapproche, à plusieurs égards, de celle du professeur Sharpey (Voy. ci-dessus n^o d'avril 1879). En 1858, l'auteur fut appelé auprès d'une institutrice âgée de 26 ans, qui avait été prise subitement de ce qu'on supposait être un accès de manie aiguë ; voici ce qu'il observa : symptômes hystériques et choréiques, paroxysme violent d'agitation, puis sorte d'anéantissement de la vie ; peau froide, pouls presque imperceptible, respiration lente, perte absolue de toute conscience, sensibilité presque disparue ; grandes difficultés pour nourrir la malade. Cet état se prolongea près d'une semaine. Lorsqu'elle commença à revenir à elle, les idées saines antérieures à la maladie se mêlaient d'une façon étrange

aux impressions nouvelles comme au sortir d'un rêve : la malade voyait « des arbres marcher », etc. ; elle séparait mal le réel de l'imaginaire. Elle avait oublié l'usage des objets qui lui étaient le plus familiers (crayon, plume). La destruction la plus complète des cellules cérébrales n'aurait pas causé plus de ravages intellectuels. La guérison physique et mentale fut complète.

Au point de vue étiologique, on peut trouver trois causes à ces faits de perte de la mémoire : 1° il peut y avoir destruction des cellules ; la fonction alors ne peut se rétablir que par voie de suppléance ; 2° il peut y avoir dépérissement des cellules ; s'il se développe alors une « moisson » de jeunes cellules, nées des anciennes, c'est grâce à ces cellules jeunes que la fonction se rétablira ; et en ce cas les procédés de la ré-éducation sont plus utiles par l'activité qu'ils impriment aux éléments jeunes que par les notions qu'ils fournissent, ou qu'ils essayent de réveiller ; 3° enfin, il peut y avoir suspension de fonction sans arrêt de nutrition, comme si un territoire cérébral était rejeté hors du circuit de l'énergie : alors, l'obstacle une fois surmonté ou détruit, la guérison peut être instantanée. La conclusion pratique de ce mémoire est la suivante : tant qu'il n'y a pas de signes qui révèlent formellement la destruction des cellules cérébrales, on n'est autorisé ni à considérer le cas comme incurable, ni à renoncer à un traitement approprié.

33. *Des affections du langage dépendant d'une maladie du cerveau* ; par J. Hughlings-Jackson.

L'analyse de cet important travail figurera à la fin de notre compte rendu du *Brain* de 1879.

34. *De la valeur thérapeutique du citrate de caféine comme sédatif général, comme anodin et comme diurétique* ; par Lewis Shapter.

Dans un travail antérieur (*Practitioner*, janvier 1879), l'auteur a signalé les heureux résultats de l'association du citrate de caféine à la digitale dans le traitement des hydropisies d'origine cardiaque. Il confirme aujourd'hui ses conclusions précédentes, et, en même temps, il propose de les étendre à un certain nombre d'autres affections, dans lesquelles il est conduit, par des analogies pathogéniques, à penser que ce médicament pourrait être employé avec avantage : parmi ces affections, il mentionne la mélancolie, la fatigue cérébrale, l'insomnie et la dépression mentale des buveurs, les empoisonnements par l'o-

pium ou l'aconit, et les formes de manie aiguë que Gubler a qualifiées d'asthéniques.

35. *Notes sur certaines lésions du tissu nerveux qui se rencontrent fréquemment dans le cerveau des aliénés*; par BEVAN LEWIS.

Ce travail porte sur trois points distincts, et est divisé en trois parties :

A. *Affections morbides des fibres nerveuses*. — Il s'agit de certains corpuscules, qui se rencontrent dans le cerveau et dans la moelle, et qui ont, avec les produits dits colloïdes, une si étroite ressemblance qu'il paraît impossible de les distinguer les uns des autres : ces corpuscules sont ovales ou sphéroïdaux, de structure parfaitement homogène, clairs, transparents, incolores, sans raies concentriques ; ils tendent fréquemment à se créneler sur leurs bords ; leur volume varie ; leur grand diamètre oscille habituellement entre 43 μ et 27 μ ; dans certaines circonstances, il atteint 40 μ . La teinture d'iode et l'acide sulfurique sont sans effet sur eux ; ils ne se colorent pas par le carmin ; mais l'hématoxyline leur donne une légère teinte rose. Ils diffèrent à bien des égards de la sclérose miliaire ; l'auteur fournit à cet égard des arguments décisifs. Leur véritable pathogénie repose sur les faits suivants, tous parfaitement vérifiés : 1° ils varient de volume dans les différentes régions des centres cérébro-spinaux ; 2° ils se rencontrent exclusivement dans la région des fibres nerveuses les plus volumineuses ; 3° à aucune période de leur évolution, on ne trouve d'analogie de structure entre ces corpuscules et les éléments de la névroglie ; 4° on constate leur connexion directe avec les fibres nerveuses.

B. *Dégénérescence pigmentaire*. — Cette lésion a été maintes fois décrite d'après des préparations obtenues après durcissement par l'acide chromique ; l'auteur la décrit ici d'après des préparations obtenues à l'état frais à l'aide du microtome congélateur. La marche de cette dégénérescence, étudiée sur des cellules affectées à divers degrés, a fourni quelques renseignements intéressants, qui portent : 1° sur la rétraction du protoplasma non affecté ; 2° sur le déplacement du noyau ; 3° sur l'induration scléreuse de l'enveloppe ; 4° sur la mise à nu du tissu fibreux de la cellule.

C. *Les cellules nerveuses dans l'idiotie épileptique*. L'auteur n'a eu que peu d'occasions d'examiner des cerveaux d'idiots ; mais les recherches qu'il a faites, à l'aide de son procédé de

congélation, lui ont donné des résultats constants et dignes d'attention ; il les résume ainsi : 1° contour sphéroïdal ou piriforme des cellules ; 2° excentricité marquée du noyau ; 3° contenu grossièrement granuleux des cellules ; 4° pigmentation extrême (ce caractère n'accompagne pas constamment les précédents) ; 5° petit nombre des prolongements.

Ces caractères ne se rencontrent à un degré bien accusé que dans la seconde et la troisième couche corticale ; dans les autres couches, les cellules ne s'écartent guère de l'état normal que par la diminution de leur nombre et le degré de leur pigmentation.

36. *De l'équilibre de la pression dans l'intérieur du crâne;*
par James Cappie.

L'auteur se propose d'appliquer quelques principes bien connus de physique à l'interprétation de certains faits de physiologie cérébrale. Il pense que les parois du crâne jouent un rôle mécanique, capable d'exercer une influence considérable sur l'activité physiologique du cerveau lui-même, qui, sans la résistance opposée par ces parois, tendrait, dans certaines conditions, à prendre une expansion exagérée ; toutes les opérations cérébrales sont au contraire fa orisées par la contention mécanique qu'exercent les parois du crâne. Mais, outre cette pression périphérique, il y a une pression intra-crânienne, jouant le même rôle à l'égard des diverses portions de l'encéphale, et cette pression dépend essentiellement de modifications locales dans la distribution du sang dans les vaisseaux ; plusieurs facteurs concourent à ces modifications ; les principaux sont : l'action du cœur sur la circulation générale, l'action des nerfs vaso-moteurs sur les unes ou les autres des branches artérielles qui constituent l'hexagone de Willis, le mouvement moléculaire dans le tissu cérébral, et la pression atmosphérique qui s'oppose à l'écoulement du sang hors des sinus veineux. Par diverses considérations qu'il développe, l'auteur est conduit à admettre que le mouvement moléculaire est, en ce cas, le facteur dominant, que c'est lui qui modifie le courant sanguin, et que, de son intensité et de son étendue, dépendent la rapidité et le contrôle de la circulation.

Étudiant ensuite les modifications qui se produisent, ou du moins qui, suivant lui, doivent se produire, quand le cerveau passe de l'activité au repos, et réciproquement, et continuant à appliquer à ses recherches les principes de la physique pure,

l'auteur est amené à voir dans le sommeil et la veille, ou plutôt dans le passage de l'un de ces états à l'autre, de simples changements de l'équilibre circulatoire, et, consécutivement et nécessairement, de l'équilibre de pression. Le sommeil se trouve ainsi ramené à un simple phénomène de compression, et il est plus ou moins profond, suivant que cette compression est plus ou moins énergique.

Ce mémoire aurait été plus justement intitulé « Théorie du sommeil »; car c'est à l'édification de cette théorie que tenait l'argumentation tout entière. La méthode suivie n'est peut-être pas à l'abri de tout reproche; sans doute, les lois physiques sont toujours vraies, et l'on ne risque rien quand on s'appuie sur elles dans les cas parfaitement simples, comme ceux même dans lesquels elles ont été rigoureusement déterminées; mais la complexité des faits physiologiques, très réelle, malgré l'opinion ancienne qui voulait que les procédés de la nature fussent toujours simples, s'accommode assez mal de la rigueur théorique de ces adaptations. L'expérimentation peut seule donner la certitude que les conditions dans lesquelles la loi est et reste vraie ne sont pas modifiées. Quoi qu'il en soit, il n'y a pas lieu de décourager, mais il faut louer au contraire des efforts comme ceux de M. Cappel, au nom même de la précision scientifique dont ils se réclament.

37. *Sur les affections du langage qui résultent des maladies du cerveau*; par J. Hughlings-Jackson (n^{os} d'octobre 1878, de juillet 1879 et d'octobre 1879).

Dans ce travail, qui a l'importance, sinon l'étendue, d'une véritable monographie des troubles de la parole, l'auteur, après avoir rappelé en quelques lignes l'histoire de la question, insiste sur le caractère multiple des affections du langage, sur la nécessité d'étudier non seulement la topographie des centres dont relève le langage, mais encore les connexions anatomiques de ces centres; enfin, sur les avantages de la méthode qui consiste, non pas à considérer les phénomènes observés à un point de vue tantôt anatomique, tantôt physiologique, mais bien à soumettre chacun de ces phénomènes à une double investigation, tour à tour anatomo-physiologique et psychologique. — D'autre part, il est un fait que nous devons mentionner dès à présent, parce qu'il domine tout ce mémoire, c'est que, d'une façon générale, l'auteur considère la maladie cérébrale comme un processus de dissolution, ce

dernier mot étant pris, bien entendu, dans le sens que lui a attribué Herbert Spencer, et désignant un processus directement inverse de celui de l'évolution.

La multiplicité des phénomènes, aussi bien que celle des divers points de vue auxquels il faut se placer pour les étudier, apportent de sérieux obstacles à l'exposition méthodique du sujet; par suite, les divisions et les distinctions qu'il est nécessaire d'établir au seuil de la question, sont grossières et sciemment arbitraires; elles peuvent se résumer ainsi : — 1° Il y a lieu de distinguer la perte de la *parole* (qui est due à une lésion cérébrale étendue), de la perte du *langage articulé*, qui peut se rattacher à une paralysie de la langue, etc., ainsi que de la perte de la *fonction vocale*, qui relève d'une affection du larynx. — 2° Il faut se garder de confondre le langage *intellectuel* avec le langage *émotionnel*, ce dernier pouvant survivre à l'abolition du premier. — 3° Enfin on peut, *grosso modo*, classer ainsi les affections du langage : — A. *Défectuosité de la parole* (le vocabulaire est complet, mais il y a confusion des mots). — B. *Perte de la parole* (la parole est perdue, la mimique est affaiblie). — C. *Perte du langage* (la parole et la mimique sont perdues, et le langage émotionnel est sérieusement atteint).

Le cas B (aphasie complète) étant le plus simple, il y a avantage à l'étudier le premier; et ici, comme dans tous les troubles nerveux, il faut établir le budget physiologique du malade et déterminer rigoureusement son passif et son actif. Voici ce qu'on trouve à son passif : 1° il ne parle pas; 2° il ne peut pas non plus écrire; 3° il ne peut lire ni à haute voix ni pour lui-même; le pouvoir de s'exprimer par signes (*pantomimic propositioning*) est affaibli. — En revanche son actif se résume ainsi : 1° il comprend ce qu'on lui dit ou ce qu'on lui lit; 2° les organes de l'articulation fonctionnent bien dans les divers actes étrangers à la parole; 3° les organes vocaux sont indemnes; 4° le langage émotionnel paraît intact. On ne s'explique bien cet état qu'en admettant que le sujet possède les images dont les mots sont les symboles. La distinction entre le langage intérieur et le langage extérieur est relativement peu importante; tandis qu'il est essentiel, au contraire, de distinguer « la reproduction primitive, inconsciente, subconsciente ou automatique des mots de leur reproduction consécutive, consciente ou volontaire; cette dernière seule constitue le langage, soit intérieur, soit extérieur. » Il paraît prouvé, d'une façon générale, que c'est la

moitié droite du cerveau qui est mise en jeu par le premier usage sub-conscient des mots, tandis que c'est la gauche qui entre en activité dans la fonction verbale qui constitue la parole. — Quant à « l'aphasie émotionnelle » (hystérie, etc.), elle n'est pas à proprement parler une perte de la parole.

Pénétrant ensuite plus avant dans l'examen de ce que nous avons appelé l'actif de l'aphasique, M. H. Jackson fait remarquer que l'articulation des mots n'est presque jamais perdue (il faut excepter, dans quelques cas, les premiers jours qui suivent l'attaque); il y a cependant perte de la parole, car parler ne consiste pas seulement à articuler des mots, mais bien à énoncer des propositions. Le malade articule donc, mais pas toujours de la même manière: il articule soit (A) des expressions habituelles (*recurring utterances*), soit (B) des expressions accidentelles (*occasional utterances*).

A. Les *expressions habituelles* peuvent être des mots fabriqués et sans signification: dans d'autres cas ce sont des mots réels, mais qui, appliqués à tout propos et hors de propos, perdent ainsi leur signification;—d'autres fois, ce sont des phrases ayant la structure d'une proposition, mais n'en ayant nullement la valeur dans la bouche du malade;—enfin, très souvent, ce sont les mots *oui* ou *non*, qui tantôt sont conservés seuls, tantôt figurent à côté d'autres expressions habituelles. Ces deux mots peuvent être employés soit comme une interjection, soit à la façon d'une proposition, comme il arrive quand le malade les emploie pour répondre à une question (dans ce dernier cas, on voit que la perte de la parole n'est pas absolue). Il y a aussi une distinction importante à faire entre les sujets qui peuvent, sur l'injonction de l'observateur, répéter les mots « oui » et « non », et ceux qui en sont incapables: ces deux mots, en effet, sont à cheval sur la frontière qui sépare le langage émotionnel du langage intellectuel.

B. Les *expressions accidentelles* sont rares (à l'exception des jurons); quelques-unes n'ont rien de commun avec le langage véritable; d'autres appartiennent au langage inférieur (par les mots « inférieur » et « supérieur » appliqués au langage, l'auteur désigne l'adaptation plus ou moins parfaite des mots aux choses et à leurs rapports); d'autres enfin, infiniment plus rares, appartiennent au langage véritable. — On voit ainsi que l'aphasique peut conserver quelques lambeaux de vrai langage, ce qu'il doit probablement à l'assistance prêtée, en ce cas, par l'hémisphère droit.

L'auteur s'attache ensuite à rechercher l'explication des expressions habituelles; dans l'impossibilité où nous sommes de résumer utilement sa discussion longue et serrée, nous nous bornons à mentionner les faits sur lesquels il s'appuie et les conclusions qu'il formule.

Il s'appuie d'abord sur la distinction déjà signalée entre le langage subconscient ou automatique et le langage conscient; ensuite, sur la définition de la proposition psychologique telle que l'a formulée Herbert Spencer; enfin, sur la persistance normale et temporaire de l'activité des groupes nerveux qui concourent à la production du langage; il suppose aussi que « la destruction de la fonction d'un centre physiologiquement supérieur amène l'abolition du pouvoir d'inhibition qui s'exerçait sur un centre physiologiquement inférieur. » Le développement de ces diverses données, qui sont ici simplement énumérées, conduit l'auteur à penser que, lorsqu'elles ne sont pas de simples exclamations comme des jurons, on peut expliquer la répétition de ces *expressions habituelles*, en supposant que les phrases ou les mots qui les constituent étaient ou allaient être prononcés par le sujet, lorsque la lésion s'est produite. Cette hypothèse n'est pas gratuite; elle est étayée par un certain nombre de faits. Lorsque les expressions habituelles se présentent à l'état de mots informes ou fabriqués, elles sont probablement constituées par des fragments de mots ou de phrases que le sujet était sur le point de prononcer quand la lésion est survenue. L'auteur récapitule ainsi: « En tenant compte: 1° des circonstances extérieures qui existaient au moment où la lésion s'est produite; 2° de l'intensité de l'état émotionnel au milieu duquel a été faite la dernière tentative pour parler; et 3° de la gravité de la lésion, nous pouvons peut-être réussir à montrer pourquoi telle ou telle variété d'expressions habituelles subsiste dans tel ou tel cas particulier d'aphasie.

M. H. Jackson aborde ensuite l'étude des déficiences du langage, qu'il explique surtout par des raisons d'ordre psychologique. Il termine son mémoire par quelques considérations sur les cas où une inconscience passagère est provoquée par une lésion traumatique; le retour de la conscience est déterminé dans ces cas par le rétablissement du contrôle des centres physiologiquement supérieurs, rétablissement impossible chez les aphasiques, puisque ces centres sont détruits.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir réussi à donner dans ce compte rendu, long pour ce recueil, mais bref pour le sujet,

une idée complète du mémoire de M. H. Jackson, qui ne compte pas moins de quatre-vingts pages très substantielles; mais si nous avons réussi à mettre quelque clarté dans ce résumé, nous le devons surtout à l'heureux hasard qui nous a permis de prendre pour guide la très-exacte et très-judicieuse analyse, que M. James Sully a donnée dans le *Mind* (n° XVII), du travail de l'éminent neurologiste anglais.

ANNÉE 1880.— N° VIII (janvier).

4. *Morphinisme chronique*; par H. Obersteiner.

L'auteur, après avoir résumé les principaux symptômes du morphinisme et de la morphiomanie, présente de judicieuses considérations sur le pronostic de cette intoxication, pronostic toujours sérieux, mais surtout grave lorsque l'affection qui a provoqué les premiers abus de morphine est incurable. Au point de vue médico-légal, M. Obersteiner estime que la dégradation morale qui accompagne le morphinisme peut conduire le malade à commettre des actes délictueux ou criminels; mais il lui paraît douteux qu'on puisse voir dans la morphiomanie une cause d'irresponsabilité. Toutefois il est intéressant de savoir qu'à Vienne, un voleur à la tire a cherché à se faire passer pour morphiomane dans l'espoir d'atténuer sa responsabilité; mais le simulateur s'est démasqué lui-même par son peu d'habileté à feindre l'impérieux besoin de morphine qui caractérise l'intoxication chronique réelle. — Le mémoire de M. Obersteiner renferme huit observations et d'utiles renseignements bibliographiques.

2. *Quelques exemples de maladies du pont de Varole*;
par W. R. Gowers.

L'auteur résume d'abord brièvement les symptômes propres aux lésions aiguës de la protubérance: ces symptômes sont les suivants: 1° Dans les lésions unilatérales, les nerfs crâniens du côté de la lésion sont atteints. — 2° On observe fréquemment des symptômes bilatéraux de paralysie dans les nerfs crâniens et dans les membres. Cela tient à ce que les tractus moteurs qui émanent des deux côtés sont encore contigus, et aussi à ce que tous deux reçoivent leur sang d'un vaisseau unique, l'artère basilaire, laquelle devient quelquefois le siège de divers processus morbides (dégénérescence, syphilis, thrombose, embolie). — 3° Les centres qui sont situés aux

deux extrémités de la protubérance sont intéressés, et leur irritation et leur paralysie provoquent d'importants symptômes localisateurs. Dans la portion supérieure de l'organe se trouve le centre d'origine des nerfs oculo-moteurs, dont l'irritation donne lieu à une contraction pupillaire bien connue, et dont la lésion peut déterminer la paralysie également importante de l'iris et des muscles oculaires. A l'extrémité inférieure sont situés les centres qui agissent sur la respiration, la déglutition, les convulsions, etc. Les lésions qui détruisent ces centres ne laissent guère d'ordinaire le temps de poser le diagnostic; mais leur simple irritation fournit des indications diagnostiques précieuses. — 4° Il y a souvent une hyperpyrexie qui paraît résulter de lésions aiguës bilatérales, quel que soit d'ailleurs le caractère de ces lésions. — 5° Enfin, on observe souvent de la glycosurie, qui probablement n'est constatée qu'après la terminaison du processus aigu et qui ne sert qu'à corroborer le diagnostic.

Beaucoup de ces symptômes ont été rencontrés dans les trois cas que rapporte l'auteur : dans le premier, il s'agit d'une embolie de l'artère basilaire, avec paralysie généralisée, myosis et hyperpyrexie; — dans le second, on avait à faire à une hémorragie de la protubérance, avec oculo-plégie, troubles respiratoires, convulsions dans les jambes; mort dans l'espace d'une heure; — le troisième a trait à un ramollissement du pont de Varole, avec hémiplégie, paralysie faciale ultérieure du côté opposé; spasme diplégique et glycosurie.

3. *Sur l'origine du tétanos*; par J. J. L. Ration.

Peu satisfait des données un peu vagues qui ont cours relativement à l'étiologie du tétanos, et peu disposé à admettre deux tétanos, l'un traumatique et l'autre idiopathique, M. Ration s'attache à démontrer que le tétanos est une maladie simple et non double, ayant pour origine une irritation persistante des nerfs périphériques, et aboutissant à des changements organiques moléculaires et à des troubles fonctionnels de la moelle. Il pense d'ailleurs qu'il n'est nullement nécessaire que cette irritation soit traumatique.

Cinq propositions servent de programme à son mémoire et peuvent tout aussi légitimement lui servir de conclusions. Ce sont les suivantes : 1° l'irritation des nerfs périphériques est une cause de tétanos; 2° elle existe dans tous les cas de tétanos; 3° elle donne lieu éventuellement à l'ensemble de symptô-

mes connus sous le nom de tétanos; 4° elle rend compte des faits que nous révèle l'anatomie pathologique; 5° elle sert de guide dans le traitement, dont le succès confirme alors son existence.

4. *L'hérédité et le crime chez les criminels épileptiques;*
par Henry Clarke.

M. H. Clarke s'est proposé, dans ce mémoire, de rapprocher certains faits relatifs aux antécédents héréditaires des épileptiques éeroués à la prison de Wakefield, dont il dirige le service médical. Il estime que cette question est d'autant plus intéressante qu'elle se rattache au problème de l'existence probable d'une névrose criminelle nettement caractérisée; et si, parmi les médecins de prisons ou d'asiles, il en est un certain nombre qui ne sont pas disposés à admettre une corrélation rigoureuse entre le crime et la folie, il en est peu du moins qui aillent jusqu'à nier toute connexion entre ces deux états. Dans ses recherches l'auteur a eu à lutter contre trois causes d'erreur: d'abord, l'habitude du mensonge, invétéré chez les criminels; ensuite, les notions très incomplètes qu'ils possèdent ordinairement sur leur famille; et enfin, la fréquente illégitimité de leur naissance. M. Clarke ne se flatte pas d'avoir rigoureusement éliminé ces causes d'erreur; mais il croit les avoir écartées dans la mesure du possible, et pouvoir ainsi fournir des chiffres sensiblement exacts.

Il n'est guère possible, dans un compte rendu forcément limité, de mentionner tous les faits importants que comportent les dix-huit tableaux statistiques de M. Clarke et les judicieux commentaires qui les accompagnent; nous nous bornerons à relever les points principaux. Les recherches de l'auteur ont porté sur 449 cas, dont 89 hommes et 30 femmes: ces cas ont été divisés sommairement en deux grandes classes: la première comprend les cas d'épilepsie traumatique (il ne s'agit pas seulement ici de traumatismes proprement dits, mais aussi de faits accidentels, insolation, vive émotion morale, etc.); la seconde est constituée par les cas d'épilepsie idiopathique. Chez la femme, les cas traumatiques se sont montrés si rares qu'on a pu les négliger et les faire rentrer sans erreur sensible dans le cadre de l'épilepsie idiopathique.

C'est la période décennale de vingt à trente ans qui comprend le plus de prisonniers ordinaires, tandis que c'est la période suivante (trente à quarante) qui comprend le plus de con-

damnés épileptiques; il y a lieu à ce propos de tenir compte de la fréquence des récidives criminelles chez les épileptiques.

Chez les épileptiques criminels comme chez les autres, c'est surtout entre dix et vingt ans que se manifeste le premier accès. Les condamnations pour vagabondage et mendicité sont plus nombreuses chez les épileptiques que chez les sujets sains. L'ivrognerie des parents constitue probablement une cause prédisposante très fréquente de l'épilepsie chez les criminels. Malheureusement, les renseignements obtenus à cet égard sont difficilement comparables entre eux, la notion d'ivrognerie étant très variable chez les prisonniers dont beaucoup qualifient de « sobre » un père qui se bornait à s'enivrer régulièrement tous les samedis. On trouve rarement l'ivrognerie chez la mère : la sobriété plus grande de la femme est assurément pour beaucoup dans cette inégalité de fréquence; mais peut-être faut-il aussi admettre une certaine tendance à dissimuler le vice maternel. La proportion est la suivante chez les criminels épileptiques : Pères ivrognes, 44.6 p. 100; pères sobres, 34.4; habitudes paternelles inconnues ou douteuses 21. Dans 45 cas idiopathiques (soit 23.8 p. 100), l'ivrognerie existait chez des membres de la famille autres que le père. La proportion de pères buveurs est de 49.5 p. 100 dans les cas idiopathiques, et seulement de 26.9 dans les cas traumatiques. Il faut noter aussi que cette proportion est plus grande chez les hommes que chez les femmes.

Si l'on passe à l'étude d'autres formes de névroses héréditaires, parmi lesquelles la plus importante est naturellement l'épilepsie elle-même, on constate : 1° qu'il est très difficile de faire remonter, avec quelque certitude, l'hérédité au delà du père et de la mère; 2° que l'hérédité collatérale est généralement bornée aux frères, sœurs, oncles, tantes et cousins germains. La proportion des cas où l'épilepsie existe dans la famille (ligne directe ou collatérale) atteint le chiffre de 45.3 p. 100.

Dans les cas idiopathiques, c'est surtout à l'alcoolisme chez les hommes et à l'épilepsie chez les femmes que se rattache la tare héréditaire.

Les tableaux de M. Clarke sont remplis de renseignements intéressants sur la fréquence et les formes de la criminalité chez les épileptiques. Les principaux points qui résultent de cette étude sont les suivants : 1° Pour presque tous les délits, la proportion des condamnations est plus forte chez les épilep-

tiques. 2° Ces condamnations visent surtout les délits d'ivresse publique et de vagabondage, ainsi que diverses autres infractions connexes à ces deux délits. 3° La proportion des récidives criminelles est sensiblement plus forte chez les épileptiques que chez les sujets sains : elle dépasse cette dernière de bien près de 10 p. 100. 4° La proportion des criminels épileptiques ayant subi plus de dix condamnations, dépasse de 5 p. 100 cette même proportion chez les criminels ordinaires ; cette augmentation est surtout due au chiffre considérable des récidives chez les femmes qui présentent un excès de 18 p. 100. 5° Enfin, dans les deux sexes, le chiffre des condamnations est sensiblement plus élevé pour les épileptiques buveurs que pour les épileptiques sobres.

Tels sont, en abrégé, les principaux résultats des recherches de M. Clarke : son mémoire, très étudié, très scientifique dans sa méthode, et dont la lecture est rendue facile par des tableaux détaillés sans être encombrés, demeurera un précieux document que consulteront avec fruit tous ceux qu'attire l'étude si intéressante et si féconde des rapports de l'épilepsie et de la criminalité.

N° IX (avril).

5. *Plaidoyer en faveur de la théorie nerveuse de la goutte ;*
par Dyce Duckworth.

L'auteur ayant pris soin de résumer lui-même ses idées d'une façon très complète à la fin de son travail, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici ses conclusions en les abrégant un peu.

1° Les états pathologiques, reconnus comme étant de nature incontestablement goutteuse, dépendent primitivement d'un trouble fonctionnel d'un tractus bien défini du système nerveux ; et par conséquent la goutte est une névrose primitive. — 2° La nature de la maladie, ainsi que l'analogie, autorisent à conjecturer que la lésion siège dans une portion de la moelle allongée, où, peut-être, se trouve un centre trophique pour les articulations. — 3° La névrose goutteuse peut s'acquérir, se fortifier, se transmettre, se modifier, se mêler à d'autres névroses, se métamorphoser, enfin être entièrement réprimée. — 4° Cette névrose diathésique imprime au malade son caractère propre suivant divers modes. — 5° Une grande partie des phénomènes goutteux est due à des modifications survenues dans les rapports de l'acide urique et des sels de soude. — 6° Dans la

goutte primitive ou héréditaire, la toxémie, quel que soit le degré qu'elle atteint, dépend de la névrose goutteuse et constitue par conséquent une manifestation secondaire. — 7° Dans la goutte secondaire ou acquise, la toxémie est directement provoquée par la surcharge des organes de la digestion et de l'excrétion : si des agents de dépression entrent en jeu, les manifestations nerveuses spéciales de la diathèse goutteuse apparaissent. — 8° Cette théorie, mieux que toute autre, s'accorde avec les faits observés. — 9° La goutte paraît devoir rentrer dans la catégorie des maladies que l'on pourrait appeler neuro-humorales. — 10° L'utilité du colchique vient à l'appui de la théorie qui vient d'être énoncée.

6. *Les conditions de l'excitation unipolaire en physiologie et en thérapeutique*; par A. de Watteville.

Excellente étude d'électro-physiologie, à la fois historique, critique et expérimentale; nous en retenons seulement les conclusions pratiques, qui peuvent se résumer ainsi : Tout système thérapeutique s'appuyant sur l'opposition des effets anélectrotonique et catélectrotonique repose sur une base imaginaire. Dans la grande majorité des cas, tout ce que l'on peut obtenir c'est un catélectrotonus prédominant. Il est difficile de comprendre et d'accorder avec les faits cette assertion si souvent émise que le pôle positif a une action sédative et le pôle négatif une action stimulante : tous deux sont stimulants, si tant est qu'il s'agisse là de stimulation. D'ailleurs, si la doctrine de l'opposition d'action des deux pôles était correcte, l'emploi du pôle négatif dans les cas où le pôle positif est indiqué devrait aggraver le désordre auquel on veut remédier, et *vice versa*; or, il n'en est rien, et l'on voit chaque jour s'amender, sous l'influence d'un pôle ou de l'autre indifféremment, des symptômes d'hyperesthésie, d'hyperalgésie et d'hyperkinésie. — Sans réaliser toutes les espérances qu'elle avait fait naître au point de vue thérapeutique, la méthode unipolaire s'est montrée d'une réelle utilité diagnostique. *L'électro-diagnostic*, déjà difficile avec le système unipolaire devient impossible avec la méthode bipolaire qui, sur le vivant, ne comporte pas moins de quatre électrodes pour un seul et même nerf.

7. *Anatomie et physiologie de la corde du tympan*;
par Horatio R. Bigelow.

Voici les conclusions de ce travail, qui, lors de son apparition a vivement attiré l'attention du monde médical : 4° La

corde du tympan est un nerf distinct, gardant son intégralité dans toute la longueur de son trajet. 2° Elle provient du nerf de Wrisberg et non du facial. 3° Elle est redevable de sa fonction sensorielle spéciale au ganglion qui est situé sur le trajet du nerf de Wrisberg, ganglion dans le protoplasma granuleux duquel on peut suivre ses fibrilles ultimes. 4° La branche linguale de la cinquième paire préside à la sensibilité générale seulement. En isolant la corde du tympan, on détruit le sens du goût dans les deux tiers antérieurs de la langue; il y a en ce cas dégénérescence des fibres. 5° La section du lingual détruit la sensibilité, mais se borne à modifier le sens du goût : cette modification est due exclusivement aux branches émanant de la corde du tympan. 6° La section du facial, en arrière de l'origine de la corde du tympan, ne détruit le sens du goût qu'après un certain laps de temps : cela est dû non pas à ce que le facial contient en ce point des filaments gustatifs, mais bien à ce que le nerf est subitement séparé de sa source de nutrition et reçoit un choc qui provoque sa dégénérescence. Si l'on divise la corde du tympan au lieu le plus rapproché de ses filaments d'origine, le sens du goût est presque entièrement détruit. Si l'on coupe le nerf de Wrisberg dans l'aqueduc, en arrière du ganglion, le sens du goût est perdu. On peut induire de ces faits que le nerf intermédiaire se continue dans la corde du tympan, laquelle sert d'agent de transmission au sens du goût entre les cellules et l'intumescence ganglionnaire.

8. *Sur la paralysie qui résulte des incurvations angulaires de la colonne vertébrale* ; par J. Duncan.

Cette étude clinique, destinée à faire ressortir les différences qui existent entre les cas de carie vertébrale d'origine constitutionnelle et les cas de cause externe, renferme dix observations intéressantes, et se termine par les conclusions suivantes : 1° Deux variétés distinctes d'inflammation peuvent attaquer les corps vertébraux. 2° Dans les cas d'origine strumeuse, la tendance à une affection de la moelle est comparativement faible. 3° Dans les cas de résorption interstitielle chronique, il y a une grande tendance à la paralysie, laquelle présente alors les caractères de ce que l'on a appelé la myélite par compression, avec dégénérescence secondaire. 4° Cette paralysie peut souvent guérir par le repos et la contre-irritation.

9. *Sur quelques variétés de paraplégie cervicale ;*
par Thomas Buzzard.

L'auteur rapporte, avec le talent d'observation clinique qu'on lui connaît, quatre cas dans lesquels il a rencontré l'ensemble de symptômes que sir William Gull a le premier désignés sous le nom de « paraplégie cervicale » et qui est caractérisé par une perte plus ou moins complète du mouvement et de la sensibilité dans les quatre membres, mais surtout dans les membres supérieurs. Voici les points les plus importants de chacun de ces cas : 1^{er} cas. Accès épileptiques, paralysie incomplète des bras et des jambes; douleurs pseudo-névralgiques; amyotrophie, amélioration marquée par l'iodure et le mercure; rechute; apoplexie; mort. Autopsie: pachyméningite cervicale hypertrophique; myélite transverse; épaississement de l'artère basilaire; thrombose; ramollissement cérébral. — 2^e cas. Raideur avec douleur du bras droit, suivie, au bout de trois mois, de perte du pouvoir musculaire dans le bras et la jambe gauches; atrophie des interosseux de la main gauche; diminution de la sensibilité cutanée au bras droit; sensibilité à la pression sur la 4^e vertèbre cervicale; restauration de la puissance musculaire dans le membre gauche, avec plus ou moins de rigidité spasmodique et exagération des réflexes; antécédents de phthisie. — 3^e cas. Lésion de la région cervicale; paraplégie complète des quatre membres; restauration du pouvoir musculaire, avec état spasmodique des membres par dégénérescence secondaire. — 4^e cas. Faiblesse progressive des quatre membres: tête fixée d'un côté avec rigidité; saillie de la 3^e cervicale; légère paralysie des muscles de la face et du palais; absence de mouvements du diaphragme; respiration thoracique supérieure; perte étendue de la sensibilité cutanée; pneumonie double, compromettant la vie: guérison; retour graduel de la puissance musculaire et restauration des mouvements du diaphragme.

Dans ces cas, les caractères de la paralysie ont permis de localiser la lésion dans la partie supérieure de la moelle; mais si l'on peut ordinairement déterminer avec assez de certitude le siège de la lésion, on n'en peut malheureusement pas dire autant de sa nature.

10. *Distribution des artères de la moelle épinière ;* par James Ross.

Très intéressante étude d'angéiologie fine, qui demande mal-

heureusement, pour être utilement suivie, le secours de la figure que l'auteur a intercalée dans son mémoire.

N° X (juillet).

41. *Sur la forme et les rapports topographiques du corps strié*; par le professeur J.-C. Dallon.

Même observation que pour le mémoire précédent : en l'absence des sept figures qui accompagnent ce travail, le mémoire lui-même, et, à plus forte raison, le résumé que nous en pourrions faire, manqueraient absolument de clarté. Nous dirons seulement que l'auteur, en étudiant attentivement le corps strié, a constaté que cet organe reproduisait presque exactement la disposition générale curviligne des circonvolutions cérébrales, et que, suivant lui, sa forme réelle est presque celle d'un anneau complet.

42. *Le nystagmus*; par R.-P. Oglesby.

Cette étude n'est guère qu'un résumé de l'état actuel de nos connaissances relativement au nystagmus : nous signalerons seulement un point qui a trait aux rapports du nystagmus et de l'épilepsie : suivant M. Oglesby, le nystagmus ne serait observé d'une façon continue que dans l'épilepsie légère (petit mal); dans l'épilepsie grave, l'oscillation des globes oculaires se montre bien avec les mêmes caractères, mais sa durée ne dépasse pas celle de l'accès. L'auteur a intercalé dans son mémoire quelques faits cliniques qui en constituent la partie la plus intéressante.

43. *Sur les spasmes musculaires connus sous le nom de « réflexes tendineux »*; par Augustus Waller.

M. Waller expose, dans ce travail, les résultats qu'il a obtenus en instituant une série de recherches physiologiques sur divers réflexes tendineux ; il a spécialement noté le temps nécessaire à la production du phénomène dans un grand nombre de cas. Il a été conduit à mettre en doute l'exactitude de la théorie, aujourd'hui généralement acceptée, d'après laquelle les réactions, connues sous le nom de clonus et de réflexe tendineux, seraient sous la dépendance des arcs nerveux spinaux ; il admet au contraire comme très probable que la condition *sine qua non* de ces phénomènes est la tonicité réflexe mise en jeu par la moelle épinière.

14. *Sur le spasme du côté droit ou du côté gauche au début des paroxysmes épileptiques et sur les sensations prémonitoires et les états mentaux compliqués*; par J. Hughlings Jackson.

C'est toujours une bonne fortune pour la pathologie nerveuse qu'un mémoire de M. H. Jackson sur l'épilepsie; aussi nous proposons-nous de suivre l'auteur d'aussi près que le permet la place dont nous disposons. M. Jackson entend parler dans ce travail de l'épilepsie proprement dite, de celle dans laquelle la perte de la conscience est le phénomène initial, ou, en tout cas, un des premiers phénomènes de l'accès, fait qui est dû, présume-t-il, à ce que la décharge centrale débute en un point des centres cérébraux les plus élevés; ce sont probablement au contraire les centres inférieurs (zone de Hitzig et Ferrier) qui sont le siège de cette décharge dans les accès épileptiformes, où la perte de conscience est beaucoup plus tardive. Il serait important de noter, dans les accès soit épileptiques, soit épileptiformes, de quel côté se produit le premier spasme, ou le premier état anormal quel qu'il soit, en prenant en outre la précaution de s'assurer si le malade est ou non gaucher. Quelquefois les phénomènes sont bilatéraux; mais, même en ce cas, il est rare qu'ils soient simultanés et d'égale intensité. Quand on constate que le spasme primordial siège invariablement du même côté, on peut raisonnablement induire de ce fait que la lésion de décharge a pour siège l'hémisphère du côté opposé.

C'est assurément une généralisation empirique utile que celle qui consiste à faire de l'épilepsie une sorte d'entité clinique et à étudier les signes prémonitoires de l'accès; mais si l'on veut faire une généralisation rationnelle, il faudrait peut-être admettre qu'il y a différentes épilepsies, possédant chacune des signes prémonitoires différents; il faudrait aussi faire de chacune de ces épilepsies une étude d'ensemble, commençant avec les signes prémonitoires et se poursuivant, à travers l'accès lui-même, jusqu'aux actions consécutives à cet accès. Les signes prémonitoires ont surtout une grande importance, car ils constituent le premier résultat de la décharge centrale, ou tout au moins ils coïncident avec elle, et prennent ainsi une valeur localisatrice qui ne doit pas être négligée.

L'impression de l'auteur est que, lorsqu'une attaque d'épilepsie débute par du vertige, les premiers phénomènes convulsifs se montrent ordinairement à droite et les objets extérieurs pa-

raissent se déplacer vers la droite, ce qui indiquerait que le siège de la décharge occupe un point de l'hémisphère cérébral gauche. Il est bien entendu qu'il faut ici prendre le mot vertige dans le sens de mouvement apparent des objets vers un côté déterminé: on désigne en effet trop souvent, sous le nom de vertige épileptique, des attaques légères d'épilepsie dans lesquelles il n'y a pas de vertige; et il serait fort à souhaiter que cette désignation inexacte fût abandonnée.

Les sensations prémonitoires qui se rattachent à l'olfaction, celles qui ont l'épigastre pour siège, celles enfin auxquelles s'ajoutent des mouvements de mastication ou de gustation, correspondent à des mouvements convulsifs qui, lorsqu'ils existent, débent par le côté gauche.

Que le vertige survienne ou non pendant une décharge de l'hémisphère gauche, il n'en est pas moins vrai qu'il faut voir dans ce phénomène le développement de la plus représentative de toutes les sensations objectives. Les mouvements oculaires constituent la plus spéciale des adaptations de l'organisme aux phénomènes ambiants; et ce qu'on appelle le vertige n'est qu'une forme particulière de la cessation de la conscience: la désorientation correspond, dans l'ordre physique, à ce qui dans l'ordre psychique est une abolition de la conscience.

L'hémisphère gauche correspondant chez la plupart des sujets (vu le petit nombre des gauchers) aux mouvements les plus objectifs, et le langage étant le processus qui sert à symboliser les rapports des choses ou les choses elles-mêmes, au point de vue objectif, il est à peu près certain que dans la majorité des cas c'est l'hémisphère gauche qui fonctionne chez l'homme qui parle. L'auteur se demande donc si l'aphasie temporaire n'est pas plus fréquente après les attaques d'épilepsie qui débent par du vertige; il ne s'agit pas ici toutefois de ces aphasies passagères bien marquées et parfaitement définies qui se rencontrent après certaines attaques épileptiformes siégeant à droite, mais bien de certaines façons de parler anormales.

Les sensations de l'odorat et du goût peuvent à bon droit compter parmi les plus subjectives: mais, en dehors de celles qui relèvent des cinq sens, il faut tenir compte des sensations que Bain appelle organiques: dans cet ordre d'idées, la sensation prémonitoire à siège épigastrique n'est probablement que l'ébauche de la sensation de la faim.

Il faut aussi noter le côté par où débent le spasme lorsque

la sensation prémonitoire est d'ordre visuel ou auditif; M. Jackson pense que c'est habituellement, mais non toujours, le côté gauche.

Toutes les sensations dont il vient d'être question sont des états psychiques; car, pour l'auteur, la sensation ne consiste pas dans un état d'activité des nerfs ou des centres sensoriels, elle ne réside ni dans le corps ni dans les choses ambiantes, mais bien dans notre esprit; ce qui appartient au corps, ce sont les états corrélatifs à la sensation. Or parmi ces états psychiques, il en est quelques-uns qui peuvent accompagner le début de l'accès épileptique, et qui sont beaucoup plus compliqués que les sensations élémentaires. Dans ces cas encore, il convient de noter de quel côté siègent les phénomènes spasmodiques au début de l'accès.

C'est à ces états psychiques moins simples, que l'on a quelquefois donné le nom d'*aura intellectuelle*, nom assez mal choisi au sens de M. Jackson.

Ils sont très variables, présentant, suivant les cas, les caractères de la réminiscence, d'une sorte de rêve, de la double conscience, du déplacement de la personnalité. Ces états de rêve (*dreamy states*) se rencontrent surtout dans les cas où la sensation prémonitoire est subjective, et paraissent trop compliqués pour qu'on puisse les rattacher à une décharge épileptique; ils sont probablement dus à une légère augmentation de l'activité de certains groupes nerveux demeurés sains, augmentation résultant d'une diminution de contrôle. Il est possible que ce phénomène se produise dans l'hémisphère du côté opposé à celui où commence la décharge; ce dernier, d'après l'auteur, serait presque toujours l'hémisphère droit. Quelquefois ces états mentaux ne s'accompagnent d'aucune sensation élémentaire prémonitoire; mais, dans quelques-uns au moins de ces cas, les phénomènes convulsifs débutent à gauche: chez un malade de M. Jackson, ils débutaient à droite; mais le sujet était gaucher.

On peut encore observer d'autres états psychiques chez quelques épileptiques, par exemple la crainte; lorsque cet état émotionnel existe au début d'une attaque, qu'il s'accompagne ou non d'une sensation épigastrique, les premiers symptômes convulsifs apparaissent à gauche. (Ici encore, dans un cas où ils débutaient par le côté droit, le malade était gaucher.)

Il n'est pas rare de rencontrer à la fois chez le même malade la sensation épigastrique, l'expression et le sentiment de la

frayeur, et enfin l'état de rêve. Il faudrait alors rechercher si les actes accomplis après l'accès se ressentent de la frayeur primordiale; en d'autres termes, si la même émotion se poursuit à travers toutes les périodes de l'attaque. Dans l'état qui a été désigné sous le nom d'état de rêve, le rêve peut étendre son influence jusqu'aux actes post-épileptiques.

Lorsque les actes accomplis par le malade après l'accès épileptique sont constamment identiques, il y a lieu de croire qu'ils se rattachent à des faits survenus vers l'époque de la première attaque.

En résumé (ici nous laissons la parole à l'auteur): « Je demande de quel côté on observe le début des phénomènes spasmodiques ou de tout autre état anormal dans les cas qui commencent par une sensation olfactive, par des mouvements de mastication, etc., par une sensation épigastrique avec ou sans frayeur, et dans les cas où la frayeur existe en dehors de toute sensation épigastrique: je crois que c'est ordinairement du côté gauche. Je demande encore de quel côté on observe le début des phénomènes spasmodiques ou de tout autre état anormal lorsqu'il existe un « état de rêve » s'accompagnant ou non des phénomènes ci-dessus mentionnés: je crois que c'est ordinairement du côté gauche. Nous devons aussi nous informer si le malade est ou non gaucher. Même marche à suivre dans les cas où il existe des sensations élémentaires objectives comme signe prémonitoire. Je voudrais aussi que l'on étudiat la nature des actes qui sont accomplis après un accès et que l'on recherchât si ces actes sont: 1^o complexes ou simples; 2^o s'ils paraissent ou non avoir un but et s'y adapter; 3^o s'ils sont ou non influencés par un état émotionnel tel que la colère ou la frayeur. Je ne doute pas, pour ma part, que tout s'enchaîne régulièrement dans l'accès depuis l'aura qui l'annonce jusqu'aux actes qui suivent sa terminaison. »

Telles sont les vues de M. H. Jackson; on nous pardonnera certainement d'avoir donné quelque étendue à cette analyse, car il s'agit ici d'une voie nouvelle ouverte aux travailleurs; on ne peut que souhaiter qu'ils s'y engagent résolument à la suite et sous les auspices du laborieux et illustre neurologue de Londres.

45. *Notes sur l'état de gaucher*; par W. W. Ireland.

Ce sont bien en effet des notes qui composent ce mémoire; car on trouve sur les gauchers des renseignements se rappor-

tant à des ordres d'idées très différents ; aussi nous bornerons-nous à retenir les points les plus importants et les moins connus. Les recherches faites par l'auteur à l'hospice des enfants imbeciles (ou idiots), dont il est médecin, lui ont permis d'établir les chiffres suivants : 49 garçons et 29 filles se servaient normalement de la main droite ; 14 garçons et 9 filles employaient indifféremment l'une ou l'autre main ; 7 garçons et 6 filles étaient manifestement gauchers. Une enquête analogue faite dans une école sur 54 enfants à cerveau normal a fourni le chiffre de 8 gauchers ; ces 54 enfants avaient de 4 à 7 ans ; sur 104 enfants plus âgés, la proportion des gauchers a été de 14, soit 6 garçons et 8 filles. Le résultat général d'une série de recherches dirigées dans ce sens a montré qu'on ne rencontre pas plus de gauchers chez les imbeciles que chez les enfants à cerveau normal. Guidé par les recherches de Luys sur l'inégal développement des hémisphères, et appliquant une méthode déjà employée par M. Crochley Clapham, l'auteur s'est servi du conformateur pour obtenir le contour crânien chez ses pensionnaires : dans la majorité des cas, il a constaté une saillie au-dessus ou en arrière de l'oreille gauche : cette saillie de la région postérieure gauche paraissait habituellement compensée dans une certaine mesure par une autre saillie occupant l'angle antérieur droit. Parmi les sujets dont le contour crânien était plus considérable à droite, il y avait 7 gauchers, 7 indifférents et 40 droitiers. Parmi ceux qui présentaient une disposition crânienne inverse, on trouvait 5 gauchers, 8 indifférents et 50 droitiers. — L'auteur rappelle ensuite ce fait, signalé par M. Crochley Clapham, que la proportion des gauchers est plus forte parmi les épileptiques que dans toutes les autres formes d'affections mentales. Le même observateur a remarqué qu'on trouve plus de gauchers parmi les hommes que parmi les femmes, fait qui paraît venir à l'appui de la théorie de l'action croisée, la plupart des emplois dévolus aux femmes nécessitant l'usage à peu près égal des deux mains.

No XI (octobre).

16. *Illusions optiques du mouvement* ; par S.-P. Thompson.

L'étude attentive de quelques illusions optiques portant sur le mouvement a conduit l'auteur à établir une loi empirique qui résume l'explication de ces illusions : cette loi, basée à la fois sur le fait physique de la fatigue rétinienne et sur le fait psy-

chologique de l'association des contrastes, est ainsi formulée : La rétine cesse de percevoir, en tant que mouvement, une succession régulière d'images passant sur une surface donnée pendant un temps assez long pour amener de la fatigue ; sur une portion de la rétine ainsi affectée, l'image d'un corps qui ne se meut pas paraît, par contraste, être animée d'un mouvement dirigé dans le sens complémentaire. L'auteur a donné à cette loi le nom de « loi du mouvement complémentaire subjectif. »

47. *Sur quelques points du diagnostic et du traitement des affections cérébrales*; par Julius Althaus.

La première partie de ce mémoire a seule paru : nous en rendrons compte lors de son achèvement.

48. *Les maux de tête habituels chez les enfants*; par Francis Warner.

Dans ce court travail, M. Warner s'attache d'abord à décrire les signes physiques du mal de tête, ou, pour mieux dire, ce que l'on pourrait appeler le facies des céphalalgiques habituels; il entre ensuite dans quelques détails sur l'attitude de la main chez les enfants nerveux, et pense qu'il y a lieu de rattacher à certains états des centres l'ensemble de signes qui constitue suivant lui « la main nerveuse. »

49. *Méthodes de préparation, de démonstration et d'examen du tissu cérébral à l'état sain et à l'état pathologique*; par Bevan Lewis.

Ce travail n'est pas terminé; nous en remettons par conséquent l'analyse à une date ultérieure.

20. *Les maladies nerveuses dans la colonie de Victoria*; par James Jamieson.

Etude consciencieuse où l'auteur a rassemblé, dans des tableaux statistiques, les données qu'il a pu recueillir pendant un long séjour à Melbourne, sur les affections nerveuses telles qu'on les observe dans la colonie de Victoria.

21. *Plaidoyer en faveur d'une étude minutieuse de la manie*; par J. Crichton-Browne.

Ce mémoire, très intéressant et très suggestif, a été lu par l'auteur devant la section de psychologie de l'Association mé-

diale britannique. M. Crichton-Browne pense avec raison qu'en matière d'aliénation mentale on doit toujours s'attacher à faire un diagnostic à la fois anatomique et pathologique; or, ce résultat ne peut être obtenu que par une étude attentive des symptômes, de leur mode d'apparition et de leur association.

Au seuil de toute étude portant sur l'aliénation mentale, on rencontre, à l'heure actuelle, deux faits nettement démontrés, et qu'il convient de ne pas perdre de vue; ces faits sont les suivants: 1^o il existe dans le cerveau des localisations fonctionnelles; 2^o la folie est une maladie du cerveau qui n'intéresse pas toujours la totalité de cet organe, mais qui est, dans la grande majorité des cas, localisée dans certaines régions cérébrales.

Cela étant, il doit être possible de déterminer d'une façon plus ou moins précise le siège des lésions cérébrales et des troubles fonctionnels. Cette étude est en soi très difficile, et l'on objectera peut-être que, parmi toutes les formes d'aliénation, la manie est celle qui s'y prête le moins; l'auteur n'est pas de cet avis. Sans doute, le mot manie est un terme à très large acception, en ce sens qu'il englobe des phénomènes somatiques et psychiques multiples et variés. Mais, si l'on interroge l'anatomie pathologique de la manie, on trouve parmi les lésions habituelles l'engorgement des vaisseaux, l'hypertrophie du cerveau lui-même et une coloration vineuse due à la congestion capillaire des substances grise et blanche. Or, cette coloration peut à elle seule fournir des données qui ne sont pas sans importance: en effet, quel que soit le point où on l'étudie, on constate que ni dans la substance grise, ni dans la substance blanche, ni suivant l'épaisseur, ni suivant la surface, elle n'est symétriquement ou également disposée; d'où cette conclusion (qui ne préjuge rien sur les rapports de la lésion avec la manie elle-même) que, dans la manie, la substance corticale n'est pas intéressée dans sa totalité; conclusion que confirme d'ailleurs la clinique, qui nous montre des symptômes très différents suivant que l'inflammation corticale est totale ou seulement partielle.

Il ne faut pas oublier d'ailleurs que, pour assigner à la manie son siège dans le cerveau, il n'est pas indispensable de connaître exactement les lésions nécroscopiques de la maladie; quand on est éclairé d'une façon précise sur la fonction d'une région, on peut légitimement, si l'on constate une altération de cette fonction dans un cas pathologique, déduire de cette alté-

ration le siège de la maladie. A la vérité, dans la manie, on est en présence d'un ensemble de phénomènes très complexe, et, en apparence, presque inextricable. Mais en dehors des symptômes d'ordre purement mental, il existe des troubles de la motilité et de la sensibilité qui n'ont peut-être pas obtenu jusqu'ici l'attention qu'ils méritent. L'agitation, la suractivité musculaire, les vociférations ont été habituellement considérées uniquement comme la traduction physique de certains états psychiques, et certainement dans beaucoup de cas cette interprétation est légitime. Mais on observe fréquemment, en pleine manie aiguë, la prédominance de certains mouvements qui ne paraissent répondre ni à un sentiment, ni à une intention ; c'est ainsi qu'on voit des maniaques courir nuit et jour sans interruption, et, fixés sur leur lit, échaucher encore les mouvements musculaires de la course ; d'autres agitent incessamment leurs bras, ou remuent les mains d'un mouvement machinal ; d'autres enfin vocifèrent ou baragouinent. Ne serait-on pas autorisé à voir dans ces mouvements sans but, qui ne paraissent répondre à aucun état mental, le résultat d'une excitation pathologique des divers centres moteurs qui correspondent respectivement à ces différents mouvements ?

Toutefois ce n'est pas la manie aiguë et confirmée qui se prête le mieux à cette étude ; ce sont les premiers symptômes du côté de la motilité, les symptômes de début, presque prémonitoires, qui fourniront au point de vue de la localisation fonctionnelle les données les plus fructueuses ; et si l'on s'attache en outre à noter l'ordre suivant lequel ils apparaissent, ou en déduira l'ordre suivant lequel les lésions se propagent dans un territoire cérébral donné : ce n'est pas là, sans doute, une investigation facile, et il s'en faut que tous les cas de manie lui soient également favorables, mais là où elle peut être faite, elle est certainement profitable.

L'étude des symptômes sensoriels est plus difficile encore car ici les phénomènes sont de nature subjective ; tous les renseignements viennent du malade, et les assertions d'un maniaque sont, cela va sans dire, fort sujettes à caution : cependant lorsque ces assertions présenteront un caractère suffisant d'exactitude ou auront pu être indirectement vérifiées, il sera encore possible de rapporter les troubles sensoriels aux centres fonctionnels qui leur correspondent.

Enfin, il est des cas de manie qui débutent par une sorte d'hébétéude, ou une suspension parfois soudaine de l'activité

volontaire; il y a chez le malade ce qu'on pourrait appeler de l'hyper-inhibition. Puis, à cette hébétude succède l'agitation, l'hypo-inhibition. Les centres supérieurs de contrôle, primitivement stimulés, se paralysent; mais ces centres de contrôle eux aussi sont localisés, ils ont pour siège les lobes frontaux, et il est permis de supposer que, dans les cas où la manie débute comme il vient d'être dit, c'est précisément par cette région de l'écorce que débudent les troubles fonctionnels. Le tableau symptomatique dans ces cas présente d'ailleurs une analogie frappante avec les phénomènes que Ferrier décrit comme succédant chez le singe à la destruction des lobes frontaux.

— Tel est le mémoire de M. Crichton-Browne; comme celui de M. H. Jackson, nous l'avons analysé un peu longuement, car il présente avec ce dernier un caractère commun, celui d'ouvrir aux recherches une voie nouvelle, ingénieuse, et, en cas de succès, doublement féconde, car il est permis de penser que la science des localisations retirerait d'une pareille étude autant d'avantages que la pathologie mentale elle-même: ce ne serait pas la première fois d'ailleurs qu'on verrait une doctrine, encore incomplète, se perfectionner et se parfaire, en devenant momentanément une méthode, et recevoir des faits même qu'elle était appelée à élucider des lumières nouvelles et des sanctions imprévues.

D^r R. DE MUSGRAVE CLAY.

JOURNAUX ALLEMANDS

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.

ANNÉE 1880.

4. *De la folie chez le militaire, à la suite des campagnes.* —
Dr Lœchner, à Klingenstein (Bavière).

Statistique médicale des militaires traités à l'asile de Klingenstein et qui avaient pris part à la dernière guerre. De 1870 à 1878, 33 de ces militaires ont été reçus à l'asile. Sur ce nombre et c'est ce fait que M. Lœchner a l'intention de mettre en lumière et d'interpréter, 18 étaient devenus aliénés sans cause connue et plus ou moins longtemps après la guerre. La cause réelle de l'affection mentale, malgré l'éloignement de son action, a cependant été la guerre.

M. Lœchner a été frappé de cette plainte de quelques soldats prussiens: « On doit estimer heureux ceux d'entre nous que les balles et les boulets ont emportés; ceux qui sont revenus d'une guerre aussi longue et aussi meurtrière ne sont plus les mêmes hommes, ils languissent d'infirmités précoces et meurent jeunes. »

D'un autre côté, des officiers affirment que chaque manœuvre d'une certaine durée affecte la santé des troupes et des officiers, en déterminant un affaiblissement organique et des affections variées. Ils étaient bien des revenants un grand nombre de militaires rentrés dans leurs foyers après la guerre de 1870 à 1874; les parents, les amis ne les reconnaissaient quasi plus. — Ils étaient partis jeunes, forts, expansifs, courageux, ils revenaient vieillis, concentrés, sauvages, timides comme s'ils étaient étrangers.

La guerre, en détériorant l'organisme, intervient, chez le militaire, comme cause prédisposante durable de la folie.

2. *L'aliénation mentale suite d'intoxication saturnine.* —

Dr Bartens, à Düren (Prusse rhénane).

Esquisse symptomatologique des altérations de l'intelligence qui peuvent se produire à la suite de l'empoisonnement par le plomb. L'action du plomb présente ici certaines analogies avec celle du mercure, de l'alcool et de l'opium; la prédisposition héréditaire, les excès alcooliques et vénériens peuvent naturellement intervenir comme causes adjuvantes. Le trouble intellectuel survient après d'autres affections saturnines antérieures (coliques; arthralgies, convulsions, etc.); pendant ou immédiatement après un accès de colique, sans aucun accident antérieur. — Que la marche de la folie saturnine soit aiguë ou chronique, elle a ses prodromes: troubles digestifs, émaciation, teint gris terreux, liséré ardoisé des gencives, vertiges, céphalalgie, bourdonnements, diplopie, tremblements; quelquefois attaques convulsives, paralysie de divers groupes musculaires, insomnie avec ses variétés, altération de l'humeur, angoisse, aptitude moins prononcée au travail, d'où diminution des ressources de la famille, gêne, puis dissensions, irritabilité croissante, enfin méfiance, idées de persécutions, hallucinations, violences, idées de suicide. Telle est la filiation fréquente des symptômes prodromiques qui aboutissent à l'aliénation mentale.

La folie saturnine aiguë se présente, dans la plupart des cas,

sous la forme de manie transitoire. Elle est donc aussi rare dans les asiles que l'alcoolisme aigu avec lequel elle a beaucoup de ressemblance.

La folie saturnine chronique affecte la forme de mélancolie avec délire des persécutions et hallucinations, généralisées le plus souvent; dans certains cas, anomalies légères de la motilité (laxité de la moitié de la face, inégalité pupillaire, embarras de la parole, mouvements convulsifs choréiformes); dans d'autres cas, la paralysie simule à s'y méprendre la paralysie générale. La débécance intellectuelle est rapide.

3. *Manifestation clinique des états de réaction du délire aigu.* — Dr Gottfried Jehn, à Grafenberg.

Comme terminaison du délire aigu, on n'a noté jusqu'ici que la mort, le passage à la démence, à la paralysie, au délire systématisé. Dans quelques cas cependant, on observe un état post-maniacal et terminal particulier qui est comme le contre-coup, le choc en retour, suivant l'expression de l'auteur, de l'état orageux du début. Ainsi, l'agitation furibonde (pour ne parler que de la forme maniacale du délire aigu) décroît et disparaît pour faire place à un état diamétralement opposé: disposition larmoyante, lenteur des mouvements, puis raideur qui envahit peu à peu la sphère motrice et la sphère psychique; lésions de la nutrition, les cheveux tombent, l'épiderme s'exfolie, les ongles s'incarnent, le malade fléchit à chaque tentative de déambulation, comme dans la convalescence d'une fièvre typhoïde grave, mais sans réparation possible des forces. C'est ici que surviennent les phénomènes somatiques proprement dits de cette période du délire aigu, phénomènes qui dérivent de lésions des centres moteurs, vaso-moteurs, et sensibiles: raideur cataleptique du cou, de la nuque ou d'autres parties du corps; — atrophie musculaire de tout un côté, ou d'une seule extrémité; — refroidissement et cyanose de la peau; — anesthésie, analgésie, peu appréciables cependant et qui peuvent être mis à l'actif de la stupeur; — comme parésie vaso-motrice, bulles pemphigoides, phlegmons, eschares, ulcérations de la peau, œdème de toute partie qui prend une position déclive; — affaiblissement de l'impulsion du cœur. L'état mental est à l'avenant; c'est la phrénoplexie, l'immobilité, l'insensibilité, la cécité intellectuelle.

Etant donné que le délire aigu est constitué par un état inflammatoire, un engorgement vasculaire avec transsudation

séreuse et compression consécutive de l'organe nerveux central, les phénomènes atrophiques et parésiques dont il vient d'être question peuvent être mis sur le compte des produits de cette inflammation dans la couche corticale et la pie-mère.

4. *Quartier d'aliénés annexe du pénitencier de Waldheim.* — Dr Knecht.

Ce petit quartier d'aliénés criminels, annexé à la prison de Waldheim, est le premier essai de ce genre en Allemagne. Cet essai n'est pas heureux, paraît-il, ce qui est étonnant pour des gens qui ne font rien qu'après mûres réflexions. Figurez-vous, en effet, au rez-de-chaussée de l'infirmerie de la prison, six cellules, trois dortoirs et deux salles d'habitation de jour, pour le traitement de quarante aliénés de toute catégorie. Certes, il est proprement établi, éclairé au gaz. Six gardiens sont préposés à la surveillance; mais, chose étrange, la nuit venue ils disparaissent tous, sauf un seul, préposé au local de surveillance continue. Le reste des aliénés n'a d'autre surveillance pendant la nuit que celle de la patrouille de la prison.

M. Knecht se laisse aller à ce sujet à quelques réflexions mélancoliques. En dehors de la spécialité, pense-t-il, l'éducation du médecin est en général très pauvre en fait de psychiatrie. Le médecin de prison, en particulier, dominé en outre par l'idée fixe de la simulation chez le prisonnier, s'obstine à ne reconnaître la folie que lorsque toute la gamme des peines disciplinaires a été appliquée, et lorsque le fou est devenu bête féroce. Descendez alors ce malheureux au quartier d'aliénés, la vue constante des murs détestés de la prison et des geôliers ne lui permet pas de croire à un changement de milieu et il a beaucoup de peine à se calmer. Et le moyen de traiter des aliénés dans un local qui, par son exiguité, ne comporte pas de quartiers spéciaux ! Du reste l'encombrement éventuel d'un pareil petit quartier peut obliger à évacuer le trop-plein sur les asiles ordinaires, et alors le but est manqué. Non, la conception de petits quartiers d'aliénés annexés aux prisons n'est pas une conception heureuse. Mieux vaudrait ceut fois en venir à créer un grand établissement spécial, isolé et éloigné de la prison, construit d'après les règles et les exigences de la science moderne.

5. *Sur l'étiologie et le traitement de la sitophobie.* — Dr Auguste Eickholt, à Marzig (Prusse rhénane).

La plupart des auteurs, en traitant de l'alimentation forcée

dans l'aliénation mentale, négligent de poser des indications et des contre-indications suffisamment précises de cette opération. L'élément sitophobie est tantôt un *symptôme*, tantôt une *complication*. Il est *symptôme direct*, dans la dysphagie, suite de lésions cérébro-spinales (démence paralytique, délire aigu); *symptôme indirect instinctif*, dans la mélancolie et la démence passives; *symptôme indirect motivé*, quand la sitophobie est le résultat d'illusions ou de conceptions délirantes. — Il est complication, dans les cas où coexistent des lésions des organes de la digestion.

L'emploi de l'injection forcée d'aliments ou de médicaments ne peut être, de la part des enthousiastes du no-restraint, qu'une pure incouséquence ou une palinodie; car, dans la plupart des cas, elle est une opération violente et dégoûtante, et devient souvent inutile par suite du rejet, par le vomissement spontané ou provoqué, des aliments injectés. L'alimentation forcée est une affaire de simple opportunité: il s'agit de distinguer les cas où ce procédé est utile, ceux où il est manifestement nuisible. Tout est là. Certes, il est plutôt nuisible lorsque le malade lutte, par conséquent dans les cas où l'élément sitophobie est symptôme indirect motivé; il en est encore ainsi lorsque la sitophobie intervient comme complication. Il est utile dans la dysphagie suite de paralysie (symptôme direct).

Mais alors, dans tous les autres cas, vous vous déclarez désarmé contre la sitophobie, et vous laisserez mourir votre malade d'inanition. Nullement. Lorsque le refus de nourriture est symptôme indirect instinctif ou complication, vous recourrez aux lavements nutritifs, suffisants à entretenir les forces de vos malades.

6. *Quelques observations sur l'épilepsie.* — Dr Witkowski, à Strasbourg.

Après les débats mémorables de la Société médico-psychologique sur l'épilepsie, il semblait que, à un aussi court intervalle, le renouveau seul pût se donner carrière. A vrai dire, si M. W... conteste certains faits qui paraissaient bien établis, son principal objectif est de doter la science d'une classification nouvelle et plus simple des différentes espèces d'attaques épileptiques. Ainsi il distingue: 1° les accès rudimentaires, forme épileptoïde, petit mal. Notons ici que si les mouvements volontaires sont abolis, tandis que persistent les mouvements automatiques proprement

dits (respiration), et automatiques acquis (marche, écriture), cela n'est point vrai pour une espèce peu connue d'accès que M. W... tient à nous faire connaître : le malade tombe à la renverse, se relève immédiatement ; il vous affirmiera n'avoir point perdu connaissance, ni éprouvé de vertige, seulement, dira-t-il, il n'a plus pu se tenir sur les jambes.

2^o Attaques proprement dites : perte de connaissance, convulsions toniques, puis cloniques (moelle allongée) ; plus tard, actions musculaires désordonnées (mésencéphale) ; enfin, excitation psychique (grand cerveau). La pâleur du début n'est pas constante, et l'hypothèse d'un spasme vasculaire, comme cause de l'attaque, est peut-être bien risquée.

3^o Attaques combinées, combinaison ou alternance des deux formes précédentes sous forme de pyrexie aiguë. L'élévation de la température peut être continuellement ascendante ; mais elle cède souvent pour reparaitre ensuite, desorte que l'assertion de Bourneville que la fièvre résulte de l'accumulation de l'élévation de la température propre à chaque accès n'est pas fondée.

A ce point de vue de l'élévation de la température, les attaques combinées peuvent se diviser ainsi qu'il suit :

a) Simples séries d'accès isolés ;

b) Affection essentiellement fébrile, *status epilepticus febrilis*, congestion apoplectique ou méningitique, dont le pronostic est toujours grave ;

c) Affection subaiguë apyrétique ou légèrement fébrile ; troubles nerveux généraux qui ne cèdent qu'à l'apparition d'accès réguliers ;

d) Attaques avec phénomènes psychiques prédominants, forme la plus ordinaire, décrite par Trousseau, Falret, Samt, Echeverria, etc.

Suivant M. W..., l'existence de l'épilepsie larvée n'est pas suffisamment prouvée, les attaques convulsives se réduisant quelquefois à de simples spasmes qui passent inaperçus. Il n'est pas exact que l'amnésie soit constante dans ces cas.

Il n'y a pas identité de tous les accès chez le même épileptique.

7. Les idiots microcéphales. — Dr Berkhan, à Brunswick.

La microcéphalie, comme le prognatisme, est une anomalie dont on s'est emparé pour étayer la doctrine de l'atavisme. Vogt a épuisé ses forces à défendre et à propager l'idée que le berceau de l'humanité doit être reporté à la souche primitive et commune des primates. Pour lui, il y a deux formes de mi-

microcéphales : la *forme typique* qui n'a rien de pathologique, et qui n'est que le résultat de l'action des forces de l'atavisme ; la *forme atypique* qui provient d'altérations organiques congénitales du cerveau.

Suivant M. Berkhan, qui néglige de s'égarer avec M. Vogt sur une route aussi périlleuse, la forme atypique résulterait de l'ossification hâtive des fontanelles ; la forme typique, plus rare, d'un arrêt de développement primitif, mais harmonique de toutes les parties du cerveau. Ces microcéphales naissent viables et sont idiots. — Dans une troisième catégorie, il place la microcéphalie compliquée d'hydrocéphalie, d'asymétrie des hémisphères, etc. Ces microcéphales ne sont pas viables.

Les idiots microcéphales se distinguent des idiots non-microcéphales par la petitesse de leur crâne et de leur cerveau, par un corps relativement bien conformé, une constitution plus forte, par la fréquence plus grande de la microcéphalie chez les collatéraux. Cette fréquence plus grande de l'affection chez les frères et sœurs s'expliquerait par la grande mortalité qui sévit sur les frères et sœurs d'idiots ordinaires, mortalité beaucoup moins prononcée chez les frères et sœurs de microcéphales dont la forte constitution résiste mieux à la sélection naturelle.

Les organes sexuels des microcéphales se développent tard, mais d'une manière suffisante, et la menstruation chez la femme permet de croire à la possibilité de la fécondation.

Chez les anciens Égyptiens, les artistes reproduisaient les formes de la tête et l'expression de la figure avec une précision telle que, dans leurs bas-reliefs, leurs sculptures, leurs dessins, on reconnaît aisément le type des différentes nations, Perses, Juifs, Éthiopiens, nègres, etc. Or, dans certains groupes sculptés ou dessinés, on remarque de véritables microcéphales. L'art de l'antiquité classique, les bas-reliefs et les dessins hiéroglyphiques des anciens Mexicains, fournissent également des types de microcéphales.

La microcéphalie a donc son histoire qui remonte à l'antiquité la plus reculée.

8. De la simulation de l'aliénation mentale. — Dr Snell, à Hildesheim.

Cinq observations de simulation de la folie. Les cinq individus qui en font l'objet présentent ceci de commun, c'est que, naguère encore raisonnables, ils prétendent tout à coup ne plus savoir ni lire, ni écrire, avoir oublié leur nom, leur domi-

cile, et donnent sur les choses les plus simples qu'ils ne peuvent avoir oubliées, comme le nombre des doigts de la main, des réponses absurdes. La simulation est ici facile à reconnaître. En général, le simulateur se trahit vite, lorsqu'il veut reproduire le masque et le geste de l'aliéné. Il n'en est plus de même lorsqu'il conserve le mutisme, ou se borne à pousser des plaintes monotones. Chacun sait cela.

Selon M. Snell, et c'est là la conclusion de son travail, personne sans doute ne le contredira, la simulation ne peut réellement s'affirmer que lorsque le simulateur manifeste des sentiments, des idées et des actes qui sont en contradiction avec ce que l'observation a relevé chez les véritables aliénés.

9. *De l'importance du tempérament pour la forme du trouble mental.* — Dr Emmanuel Roth, à Belgard.

La même cause engendre des formes phrénopathiques différentes suivant l'idiosyncrasie constitutionnelle du sujet. Il faut bien admettre, et c'est ce que Maudsley avait déjà entrevu, qu'il existe un rapport entre le tempérament et la forme de l'aliénation mentale.

Or, d'après M. Roth, la différence des tempéraments a, comme équivalent physiologique, la différence même du mode d'action de l'irritabilité nerveuse périphérique : qu'il y ait prédominance de l'irritabilité périphérique cérébro-spinale, le ton de l'activité de l'organe nerveux central sera plus élevé; au contraire, la diminution de la tonicité du cerveau aura lieu dans le cas de prédominance de l'irritabilité du système nerveux splanchnique. Le mode de réaction psychique moyen se trouverait dans l'équilibre de l'innervation des deux systèmes.

A cette différence de tonicité de l'organe nerveux central, qui règle le tempérament, et qui dérive de la prédominance d'action de l'un ou l'autre système nerveux périphérique, doit se rattacher la prédisposition à tel ou tel trouble psychique élémentaire, la manie dans un cas, la mélancolie dans un autre cas.

La manie se rencontre, en effet, plus particulièrement chez les sujets nerveux, impressionnables; les affections utérines, intestinales, les affections organiques en général, la grossesse, la lactation, prédisposent à la mélancolie. Il est vrai que la puerpéralité, l'helminthiase, produisent souvent la manie. M. Roth trouve à répondre à cette objection. Nous ne pouvons

le suivre dans le développement de sa théorie dont nous venons de donner un exposé succinct.

10. *Les idiots de la ville de Brunswick.* — Dr Berkhan.

« Depuis quatorze ans, dit M. Berkhan, toutes les fois que je trouvais un idiot, j'avais soin de m'enquérir des conditions de famille relatives à cette affection, je soumettais le sujet à un examen minutieux, je prenais les mesures de la tête et je tenais registre de toutes ces observations. Je priais aussi mes collègues de me donner avis des cas d'idiotie qu'il rencontreraient. Avec le temps, les personnes qui avaient des enfants idiots, sachant que je m'occupais à leur palper la tête, s'empressaient de venir me trouver. »

C'est ainsi que M. Berkhan, en fouillant encore les établissements d'instruction publique, de sourds-muets, est parvenu à faire le relevé du nombre des idiots de la ville de Brunswick.

A la fin de l'année 1879, 416 idiots ou imbéciles, soit 4 idiot sur 624 habitants.

Nous ne pouvons assurément le suivre dans les détails d'une statistique extrêmement nourrie, âge, mesures de la tête, difformités du crâne, autres anomalies physiques, domicile, état social, attaques épileptiformes, mortalité, etc.

L'idiot qui meurt dans les premières années périt ordinairement par suite d'attaques convulsives, tandis que c'est la tuberculose qui d'ordinaire amène la mort à un âge plus avancé.

80 idiots ont eu 245 frères et sœurs, dont 443 sont morts. La mortalité des frères et sœurs d'idiot est donc très élevée.

Dans les familles où se rencontre l'idiotie, on compte un grand nombre d'avortements et d'accouchements prématurés, des attaques épileptiformes, des méningites. Ces accidents doivent avoir quelque rapport avec la production de l'idiotie, et M. Berkhan indique les moyens de les prévenir.

L'imbécillité ne se reconnaît pas dans les premières années de la vie, mais alors seulement que l'enfant fréquente les écoles. Or, sa difficulté d'apprendre entrave l'instruction des autres enfants, d'où la nécessité de l'organisation d'un enseignement spécial pour les enfants arriérés.

Dr HILDENBRAND.

BIBLIOGRAPHIE

Hallucinations dans la paralysie générale. Observations. — Thèse de Paris, 1884 ; par M. le Dr J. Girma, ex-interne de la maison nationale de Charenton.

Les hallucinations existent-elles dans la paralysie générale ? Tel est encore un des points de la médecine mentale qui a prêté aux interprétations les plus diverses.

Les uns, en effet, nient l'existence des hallucinations dans l'affection ; d'autres, au contraire, comme M. A. Foville, s'étonnent, avec la plus grande justesse, que le fait même ait pu prêter à des dénégations.

Enfin, une école mixte déclare que l'hallucination, sans dépendre de la paralysie générale, peut exister chez les paralytiques, mais qu'alors elle reconnaît pour cause, non l'affection paralytique, mais un élément morbide préexistant, l'alcoolisme. Placé en qualité d'interne à la maison nationale de Charenton, sous la direction de M. le Dr Christian, aidé des bienveillants conseils de MM. Ritti et Luys, l'auteur s'est trouvé dans de fort bonnes conditions pour étudier avec soin la question dont il a fait le sujet de sa thèse inaugurale.

M. le Dr Girma a fort bien compris que ce n'est que par des faits bien étudiés, qu'il est possible d'arriver à trancher les questions de cette nature.

S'il est bien démontré, par exemple, que l'alcoolisme n'existe pas, n'a jamais existé chez des paralytiques atteints d'hallucinations, la discussion n'est guère possible.

Et quand l'alcoolisme existe, est-ce qu'il n'y a pas des signes qui permettent de distinguer l'hallucination qui en est le produit ?

- « Des hallucinations dues à un alcoolisme aigu, dit M. A.
- » Foville, seraient temporaires et cesseraient quand les ma-
- » lades resteraient un certain temps sans boire de spiritueux..
- » Les hallucinations (dans la paralysie générale) persistent
- » pendant plus ou moins longtemps, puis elles peuvent s'al-
- » térer ou cesser même pendant un certain intervalle, pour re-
- » paraître ensuite, avec toute l'intensité du début sans qu'au-

« cun excès de boisson ait été commis. — Ce n'est pas à
« l'alcoolisme qu'on peut attribuer un semblable enchaînement
« de faits, et il faut bien reconnaître qu'ils appartiennent à la
« paralysie générale elle-même. »

Pour ma part, je suis convaincu en me rappelant les cas nombreux que j'ai pu observer, que les hallucinations et les illusions sont très fréquentes dans la paralysie générale, en dehors de l'alcoolisme.

Est-ce que la physiologie pathologique ne permet pas d'ailleurs d'expliquer la possibilité de ces hallucinations ?

Ne trouve-t-on pas des lésions non seulement des couches corticales dans la paralysie générale, mais encore des altérations des couches optiques ou des appareils intermédiaires entre la sensation et l'idéation, toutes choses favorables à la production des diverses sortes d'hallucinations ?

Il n'est donc pas besoin d'invoquer l'alcoolisme.

Les lecteurs des *Annales* nous sauront certainement gré de reproduire les conclusions du travail de M. Girma, conclusions qui ne sauraient donner qu'une idée fort incomplète d'une thèse inaugurale qui dénote un travailleur consciencieux, auquel n'ont pas manqué les conseils de maîtres expérimentés.

« Les hallucinations, dit M. Girma, sont très fréquentes dans la paralysie générale; elles peuvent être observées dans toutes les périodes de cette affection, mais principalement dans la période de démence:

Dans la première période, elles peuvent revêtir le caractère psychique; plus tard, après les congestions cérébrales épileptiformes ou apoplectiformes, qui semblent avoir sur leur production une véritable influence; elles sont plutôt psycho-sensorielles.

D'une manière générale, tous les sens sont susceptibles d'être affectés, simultanément ou successivement.

Fugaces et variées dans les formes expansives, elles sont assez souvent persistantes et identiques à elles-mêmes dans les formes dépressives, dans les rémissions incomplètes et dans la démence.

Elles entraînent quelquefois des actes impulsifs; mais il est bien rare qu'elles soient, comme chez les hallucinés simples, le point de départ de déductions logiques, de délire systématisé.

Dans un grand nombre de cas, elles ne sont que la réviviscence d'anciennes sensations normales.

Enfin, chez les paralytiques généraux, affectés antérieurement d'alcoolisme, on ne saurait confondre celles qui reconnaissent cette influence avec celles qui ne sont justiciables que de la paralysie générale. »

D^r H. MABILLE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Illusions; hallucinations: sensibilité générale; par M. le D^r Lagardelle; Bordeaux, 1884; br. in-8°.

— Le Délire des grandeurs n'est pas un signe exclusif de la paralysie générale progressive; par M. le D^r Lautar; Paris, 1881; br. in-8°.

— Le anomalie vasali nel cervello degli alienati; par M. le D^r Luigi Frigerio, 1880; br., in-8°.

— La psicopatía religiosa di alla; par M. le D^r A. Giordano; Lercara, 1884; br. in-8°.

— Inebriety a disease; par M. le D^r Théod. L. Mason; Fort Hamilton, 1878; br. in-8°.

— A statistical report of two hundred and fifty-two cases of inebriety; par M. le D^r Lewis Mason; Fort Hamilton, 1884; br. in-8°.

— A clinical contribution to the study of post-paralytic chorea. — A contribution to the study of localized cerebral lesions; par M. le D^r E. C. Seguin; New-York, 1877; br. in-8°.

— A lecture on the localization of diseases in the spinal cord; par M. le D^r E. C. Seguin; Brooklyn, 1880; br. in-8°.

— On the earley diagnosis of some organic diseases of the nervous system; par M. le D^r E. C. Seguin; New-York, 1884; br. 8°.

— Annual report of the royal Edinburgh asylum for the insane; for the year 1880; br. in-8.

— Aertzlicher Bericht über die Irrenabtheilung des Bürger-spitals in Basel, vom Jahre 1880; br. in 8°; Basel 1884.

— Verslag betreffende het gesticht Meerenberg, over het Jaar 1880; par M. Van Persijn; in-8°; Haarlem, 1884.

— Wilsbepaling — Wetsbepaling! eine autikritiek, door J. N. Ramaer; br. in-8°; 1880.

— Experimentelle und kritische Untersuchungen zur electrotherapie des Gehirns; par M. le D^r Löwenfeld; München, 1884; br. in-8°.

— The dr. Erlenmeyer, sehen Anstalten für Gemüths- und Nervenkranken zu Bendorf bei Coblenz. — Bericht über Einzichung, Organisation und Leistungen; Leipzig, 1884, br. in-8.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

L'un de nos meilleurs chefs de service, le Dr DONNET, directeur-médecin de l'asile de Limoges, vient d'être élu député de la Haute-Vienne. Nous sommes heureux d'avoir à enregistrer ce succès de notre sympathique et distingué confrère.

Les mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans le service d'inspection des asiles publics et privés d'aliénés de la Seine.

M. le Dr LABORDE, médecin-inspecteur des asiles publics de la Seine, est nommé inspecteur des maisons de santé, en remplacement de M. le Dr Georges Bergeron, démissionnaire.

M. le Dr RITTI, médecin-inspecteur adjoint des asiles publics de la Seine, est nommé inspecteur titulaire, en remplacement de M. le Dr Laborde.

M. le Dr BERTHELOT est nommé médecin-inspecteur adjoint des asiles publics de la Seine, en remplacement de M. le Dr Ritti.

M. le Dr LEGRAS, médecin-inspecteur adjoint des asiles de la Seine est nommé inspecteur titulaire en remplacement de M. le Dr Faure décédé.

M. le Dr Paul GARNIER est nommé médecin-inspecteur adjoint des asiles publics de la Seine en remplacement de M. le Dr Legras.

M. le Dr Gérard MARCHANT, ancien interne des hôpitaux, est nommé médecin-inspecteur adjoint des asiles publics de la Seine, en remplacement de M. le Dr Berthelot, appelé à d'autres fonctions.

CONCOURS POUR L'INTERNAT EN MÉDECINE DANS LES ASILES DE LA SEINE.

Un concours pour la nomination à trois emplois d'interne en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine (Sainte-Anne, à Paris; Ville-Evrard et Vaucluse, dans Seine-et-Oise), sera ouvert le lundi 5 décembre 1881, à midi précis.

Pourront prendre part à ce concours tous les étudiants en médecine âgés de moins de trente ans et pourvus de 42 inscriptions.

Les candidats devront se faire inscrire à Paris, au siège général de la Préfecture de la Seine (Bureau du personnel), du 3 au 49 novembre 1881 inclusivement.

Chaque candidat devra produire les pièces ci-après :

1° Un acte de naissance;

- 2° Un extrait du casier judiciaire;
- 3° Un certificat de vaccine;
- 4° Un certificat de bonne vie et mœurs;
- 5° Un certificat constatant qu'il est pourvu de 12 inscriptions en médecine.

Le concours porte sur l'anatomie et la physiologie.

La durée des fonctions d'internes est de trois ans. — La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen.

Les avantages attachés à la situation d'internes dans les asiles publics d'aliénés de la Seine comportent le logement, le chauffage, l'éclairage, la nourriture et un traitement fixe et annuel de 800 francs.

NOTE SUR LE SERVICE DES ALIÉNÉS EN NORVÈGE,
PENDANT L'ANNÉE 1879.

La direction du service médical civil du Royaume de Norvège a publié, en 1880, un rapport collectif sur le fonctionnement des divers asiles d'aliénés du royaume pendant l'année 1879.

Nous extrayons de ce rapport les renseignements suivants qui donneront une idée de l'ensemble du service des aliénés dans ce pays.

Pendant l'année 1879, comme du reste pendant l'année précédente, le nombre des établissements norvégiens consacrés au traitement des aliénés a été de dix; ces établissements contenaient un ensemble de 1045 places réelles réparties de la manière suivante :

	H.	F.	Total.
Asile de l'Etat de Gaustad près Christiania.	165	165	330
Asile municipal de Christiania.....	76	44	120
Hôpital-asile d'Oslo à Christiania.....		40	40
Asile municipal de Christiansand.....	40	11	21
Asile municipal de Stavanger.....	3	2	5
Asile municipal de Bergen.....	30	25	55
Asile privé de Rosenberg, à Bergen.....	105	55	160
Asile privé de Mollendals à Bergen.....	28	28	56
Asile municipal de Trondhjens.....	28	30	58
Asile de l'Etat de Rotvold, près Trondhjens	100	100	200
	<u>545</u>	<u>500</u>	<u>1045</u>

Le nombre total des aliénés traités en 1879 a été de 1569, soit 19 de moins que pendant l'année précédente.

Sur ce nombre, 1049 restaient de l'année précédente, et 520 ont été admis pendant le cours de 1879; à la fin de cette dernière année, il restait 1039 aliénés en traitement.

Parmi les 1049 malades restant de l'année 1878, il y avait 552 hommes (52,6 pour cent) et 497 femmes (47,4 pour cent).

Sur les 520 malades admis en 1879, il y a eu 264 hommes, (soit 50,2 pour cent), et 259 femmes (soit 49,8 pour cent).

Sur le total de 1569 malades traités en 1879, il y a eu 813 hommes (51,8 pour cent) et 756 femmes (48,2 pour cent).

La proportion des malades admis dans l'année, par rapport à l'ensemble des malades traités a été de 33,4 pour cent.

Le nombre total des sorties et des décès, pour toute l'année, a été de 530, soit 33 pour cent du nombre des malades traités. A l'asile de Christiania, cette proportion a atteint 46,2 pour cent, tandis qu'à l'asile de Mollendals, elle n'a été que de 20,8 p. 400.

Les causes des sorties ont été les suivantes :

Après guérison.....	458	29,8 p. 400
Amélioration.....	447	22,4 —
Non guéris.....	490	35,8 —
Autres causes.....	2	0,4 —
Décès.	63	44,9 —
	<u>530</u>	<u>400,0</u>

Le nombre des malades restant au 31 décembre 1879 était de 4039 : 549 hommes, et 490 femmes, inférieur de 40 à celui des malades existant au 1^{er} janvier.

Le séjour moyen de chaque malade, en 1879, a été de 245 jours. Il avait été de 242 en 1878 et de 236 en 1877.

La moyenne, par jour, du nombre de malades traités a été de 4057 ; elle avait été de 4053 en 1878 et de 4054 en 1877.

Sur le nombre total des malades traités en 1879, 4273 étaient des indigents et 296 appartenaient aux classes aisées. La proportion des décès a été de 52 indigents et 44 malades aisés.

Passant sur plusieurs tableaux d'intérêt secondaire, nous nous arrêterons sur celui qui donne la répartition des 4569 malades traités d'après la forme d'aliénation mentale. La nomenclature, on va le voir, se rapproche beaucoup de celle adoptée en France.

Maladies.	H.	F.	Total.
Mélancolie.....	249	269	488
Mélancolie avec stupeur	5	8	13
Manie	464	480	344
Monomanie	5	»	5
Delirium tremens.	2	»	2
Démence.	339	258	597
Idiotisme	33	48	54
Epilepsie	26	49	45
Paralysie générale	18	4	19
En observation	2	3	5
	<u>843</u>	<u>756</u>	<u>4569</u>

Le fait le plus frappant de ce tableau est évidemment le nombre très minime des cas de paralysie générale ; ce nombre n'est que de 4,2 p. 400 sur la totalité des malades traités.

Si l'on se reporte au tableau des entrées de l'année, on voit que la proportion n'augmente que très peu, car elle n'est que de 8 sur 520, soit 4,50 pour cent.

La paralysie générale est donc extrêmement rare en Norvège, comparativement à ce qu'elle est en France, en Angleterre, en Allemagne. Ce fait est d'autant plus digne de remarque que les excès alcooliques et la consommation des eaux-de-vie de pomme de terre et de grains sont une des plaies sociales de ce pays. N'est-ce pas là que Magnus Huss a recueilli les éléments de son ouvrage classique sur l'alcoolisme chronique.

On peut rapprocher ce fait d'un autre qui a été constaté par les médecins anglais: c'est que la paralysie générale est extrêmement rare en Irlande, comparativement à sa fréquence dans l'Angleterre proprement dite.

Ces faits viennent à l'appui de l'opinion d'après laquelle les excès alcooliques, pris en eux-mêmes, ne seraient pas une cause très fréquente de paralysie générale.

Celle-ci se développerait donc surtout dans les pays où la civilisation est très avancée; où l'industrie remplace l'agriculture; où l'esprit d'entreprise, la tension intellectuelle, la soif du gain et la lutte pour la jouissance acquièrent leur plus haut degré de développement. Sans doute, beaucoup de ceux qui succombent à toutes ces causes d'usure organique, viennent aboutir à la paralysie générale, ont commis, avant ce dénouement, de nombreux excès alcooliques. Mais ceux-ci seraient plutôt un effet parallèle des mêmes causes que la cause même de la paralysie générale.

On remarquera, comme autre fait saillant, dans un pays où il y a beaucoup d'ivrognerie, le très petit nombre d'aliénés traités pour cause de *delirium tremens*.

Mais ce chiffre réduit ne paraît pas avoir une signification bien précise. En effet, il est probable que, sur le nombre considérable de 344 cas de manie, une proportion notable ont été des cas de manie ébrieuse. En outre, dans un pays où le nombre des asiles est restreint, où ils sont groupés autour des villes principales, où les distances sont énormes et les moyens de communication fort imparfaits, le transport dans un asile de malades présentant des accidents aussi aigus dans leurs symptômes et aussi rapides dans leur marche que le *delirium tremens* proprement dit, doit présenter les plus grandes difficultés. La rareté des admissions dans les asiles n'est donc pas une preuve de la rareté de la maladie elle-même. Si la paralysie générale est très atténuée dans sa fréquence, elle ne l'est pas dans sa gravité. En effet le nombre des entrées dans l'année étant de 8, le nombre des décès est de 6, ce qui représente les trois quarts. Le nombre total des décès de l'année étant de 63, ceux qui ont été causés par la paralysie générale représentent 140 p. 100 de l'ensemble, alors que, pour les entrées la proportion n'était que de 4 p. 100.

La maladie frappe presque exclusivement le sexe masculin. En effet, les 14 paralytiques généraux existant au 31 décembre 1878, étaient tous des hommes. Sur les 8 entrées en 1879, il y avait une seule femme; celle-ci étant décédée dans le courant de l'année, il n'y avait de nouveau que des hommes au commencement de 1880.

De ces données on peut tout au moins induire que les caractères cliniques de la maladie se rapprochent beaucoup de ceux que nous avons l'habitude d'observer.

INCENDIES RÉPÉTÉS DANS LES ASILES AMÉRICAINS.

Nous avons signalé, il y a quelque temps, d'après une dépêche télégraphique (novembre 1880 p. 507), l'incendie de l'asile d'aliénés de Saint-Pierre dans l'Etat de Minnesota (Etats-Unis). Cet établissement n'était terminé que depuis trois ans; il avait coûté environ deux millions cinq cent mille fr. et était considéré comme aussi voisin que possible de la perfection. Les malades étaient au nombre de près de 600, et leur sauvetage présentait les plus grandes difficultés. Beaucoup refusèrent de sortir de leurs salles; d'autres, surpris la nuit au milieu de leur sommeil, se sauvèrent presque nus dans la neige; trente-trois ou trente-quatre périrent dans les flammes.

Un sinistre du même genre vient de se produire à l'asile de Dauville (Pensylvanie). Le 5 mars 1884, à neuf heures du soir, on s'aperçut que le bâtiment central était en feu; on n'a pas pu découvrir le point de départ de l'incendie; les moyens de préservation appartenant à l'asile furent tout à fait inefficaces, soit par suite de leur propre insuffisance, soit faute d'en savoir tirer parti. L'établissement étant situé au sommet d'une colline, à une certaine distance de la ville, les secours extérieurs furent longs à arriver; une fois en place, les pompes ne purent être convenablement alimentées d'eau. — Bref, le feu avait pris un développement considérable avant que l'on fût à même de le combattre sérieusement. A peine était-il complètement éteint au bout de 24 heures; l'asile était presque entièrement détruit. Il ne restait plus d'intact, que deux grandes salles dans lesquelles on avait été obligé d'entasser pêle-mêle le plus grand nombre des aliénés. Quelques-uns avaient disparu, mais on espérait qu'aucun n'avait été brûlé. On se préparait à répartir la population de l'asile incendié dans les autres asiles de l'Etat de Pensylvanie.

Ces sinistres répétés ont jeté une alarme bien naturelle. Les administrateurs de l'hôpital de New-York, auxquels appartient l'asile de Bloomyngdale, ont fait une enquête sur les moyens de défense qu'aurait, contre le feu, cet établissement bâti il y a soixante ans, et d'un accès difficile. Des enquêtes analogues ont eu lieu pour les établissements hospitaliers et pénitentiaires de l'île de Blackwell et pour l'asile de Flatbush. Partout on a reconnu que les appareils de sauvetage, les pompes et leurs accessoires, les moyens d'approvisionnement d'eau étaient loin d'être suffisants. Des dépenses importantes vont être faites dans le but de remédier à ces inconvénients (*New-York Herald*, 7 et 8 mars 1884).

Les dangers des incendies, dans les asiles américains, sont d'autant plus grands que ces établissements consistent pour la plupart, en grands bâtiments continus élevés de plusieurs étages. Sous ce rapport, le mode de construction adopté en France, celui de bâtiments isolés et peu élevés, offre une sécurité rela-

tive très appréciable; grâce à lui, un sinistre a de grandes chances de rester partiel. Mais il serait à désirer que chacun de ces bâtiments fût desservi par deux escaliers, d'autant plus que les fenêtres étant presque toujours closes par des barreaux ou d'autres moyens de protection, il serait très difficile de pénétrer du dehors, dans les quartiers, pour organiser le sauvetage des malades. Les administrations locales ne sauraient apporter trop d'attention à avoir de bonnes pompes à incendie, ainsi qu'une canalisation offrant des prises d'eau nombreuses — d'un accès facile. Ce système de précaution une fois bien organisé, il n'est pas moins indispensable de veiller, sans relâche, à ce que le matériel soit toujours en bon état, et le personnel convenablement dressé et exercé.

SUICIDE SINGULIER.

On lit dans le *Siècle médical*: Un homme se disputait, le 8 avril, avec sa femme au sujet de l'argent du loyer qu'il ne pouvait lui fournir. Accablé d'injures par elle, il voulut en finir avec la vie. Prenant un poignard long de dix centimètres, il le plaça verticalement sur le sommet de sa tête, et à l'aide d'un marteau, il l'enfonça jusqu'à la garde. Cela fait, il n'en fut pas plus avancé. Non seulement il ne lui était pas venu d'argent, mais il n'en avait pas fini avec la vie, et il ne sentait rien. Il avait toute son intelligence, et l'usage de ses sens et de ses mouvements. Très embarrassé d'avoir si mal placé son poignard, il dut faire appeler le médecin, qui essaya d'arracher ce couteau de la boîte du crâne, mais tous ses efforts furent infructueux. On appela M. le Dr Dubrisay. Nos deux confrères ensemble ne furent pas plus heureux. Ils fatiguèrent le malade, en tirant sur le manche du poignard, mais l'arme solidement fixée dans les parois du crâne, ne bougeait pas. Alors on conduisit le malade dans un atelier du voisinage pour avoir des moyens de traction suffisamment énergiques.

Placé entre deux portants ayant dans l'intervalle une forte pince et bien maintenue, la lame du poignard fut saisie, tirée sans secousse et arrachée, enlevant un peu le malade qui retomba sur le sol. Il se leva aussitôt, se mit à marcher, à causer, et reconduisit M. Dubrisay à sa voiture en lui disant merci.

La lame de l'instrument était un peu recourbée vers la pointe. On voyait qu'elle s'était butée à un corps dur qui était la fosse occipitale. Craignant de voir apparaître des accidents de méningite, le malade fut conduit à Saint-Louis dans le service de M. Péan; mais il en est sorti au bout de huit jours, sans qu'il se soit développé d'accidents inflammatoires ou paralytiques.

Comme procédé de suicide, celui-là est curieux, et on peut le publier sans crainte de reproduire une épidémie d'imitation.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

TABLE DES MATIERES

CONTENUES DANS LE VI^e VOLUME DE LA SIXIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE.

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS.

	PAGES.
Chronique.	5, 477 et 533

I. Pathologie.

Conscience et aliénation mentale (suite et fin); par M. le Dr Dagonet	19
De l'accroissement de la folie paralytique et de ses causes; par M. le Dr A. Sauze.	33
Recherches sur l'emploi d'une mixture exhalante; par M. A. Adam..	60
De la coexistence de l'hystérie et de l'épilepsie avec manifestations des deux névroses, considérée dans les deux sexes et en particulier chez l'homme; par M. d'Ollivier	192
Note sur les rapports de l'aliénation mentale et de la fièvre intermittente; par M. le Dr H. Mabilac	227
Théorie physiologique de l'hallucination; par M. le Dr Despine. . .	367
Contribution à l'étude de la monomanie incendiaire; par M. le Dr Rousseau.	384

II. Archives cliniques.

54. Hystérie avec hallucinations psychiques; par M. le Dr Voisin.	70
55. Idées de grandeurs généralisées et altération accidentelle de la motilité durant depuis dix-sept-ans; présomption de paralysie générale; par M. Ach. Foville.	74
56. Cas curieux de dédoublement de la personnalité; par M. Langlois.	80
57. Paralysie générale précédée d'accidents congestifs de forme insolite; par M. Baillarger	82
58. Paralysie générale produite par un coup sur la tête; par M. Lafitte.	233
59. Symptômes physiques et intellectuels de la paralysie générale, chez un alcoolique; sans aucune lésion de paralysie générale à l'autopsie; par M. Régis.	236
60. Paralysie générale, tumeur fibreuse de la dure-mère, par M. Baillarger	241
61. Epilepsie; par M. Lélut.	400
62. Manie avec prédominance d'idées de grandeur; par M. Foville. .	402
63. Cas de mégalomanie; par M. Parant.	405

III. Législation.

PAGES.

Broadmoor criminal asylum; par M. le Dr Motet.	411
--------------------------------------------------------	-----

IV. Médecine légale.

Revue de médecine légale; par M. le Dr A. Giraud.	86
Rapport médico-légal sur l'état mental du sieur Aymes, inculpé d'homicide; par M. Parant	245
Quelques matériaux apportés à la médecine légale des aliénés; par M. Baume	264, 446

DEUXIÈME PARTIE.**REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.****I. Société médico-psychologique.**

<i>Séance du 28 mars 1881.</i> —Correspondance manuscrite et imprimée : MM. J. Falret, Bigot, Lailler, Christian, Motet. — Rapport de M. Paul Moreau (de Tours) sur la candidature de M. Raynaud : élection. — Les hystériques, leur perversité, leurs mensonges : MM. Lasègue, Billod, Luys	407
<i>Séance du 25 avril 1881.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Charpentier, Mitivié, Azam, Bourdin. — Rapport de M. Christian sur la candidature de M. Bigot : élection. — Rapport sur le prix Esquirol : M. J. Voisin. — Rapport sur le prix Aubanel : M. J. Christian. — Question de médecine légale sur un fait de vol : MM. Lasègue, Voisin.	416
<i>Séance du 30 mai 1881.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Régis, Rist, Van Andel, Legrand du Saulle, Motet, Luys.—Rapport de M. Paul Moreau (de Tours) sur la candidature de M. Charpentier : élection. — Des dégénérescences : MM. Dally, Bourdin, Doutrebente, Falret, Christian.	281
<i>Séance du 27 juin 1881.</i> — Décès de M. Marehant : MM. Luys, Motet, Lunier. — Correspondance manuscrite et imprimée : MM. Lapointe, Linas, Magnan, Motet, Legrand du Saulle, Christian. — Prix Aubanel. — Rapport de M. Doutrebente sur la candidature de M. Régis : élection. — Rapport médico-légal : M. Motet. — Présentation de pièces pathologiques : M. Luys.	290
Annexe à la séance du 27 juin 1881. — Rapport médico-légal : M. Motet.	470

II. Revue des journaux de médecine.**JOURNAUX FRANÇAIS (1880).**

Analyse par M. le Dr Régis.

Pathogénie de l'épilepsie.	139
Hémorrhagies névropathiques	140

	PAGES.
Expertise médico-légale sur un cas de manie simulée.	140
Rapport entre la syphilis et la paralysie générale.	140
Cas de syphilis cérébrale.	141
Empoisonnement aigu par l'eau-de-vie de marc.	141
Elongation des nerfs dans l'ataxie locomotrice	142
Hémiathétose et aphasie	142
Traitement du delirium tremens par l'alcool.	142
De la claustrophobie.	142
Coexistence d'un double délire chez un épileptique	142
Responsabilité en matière criminelle	142
Association des abcès du foie avec l'hypochondrie.	143
Lésions anatomiques et mécanisme de l'athétose	143
Traitement du rhumatisme cérébral par la méthode réfrigérante. .	144
Lésions corticales des hémisphères cérébraux.	145
Guérison de l'épilepsie à Saint-Petersbourg et à Moscou.	145
Anomalies de l'ataxie locomotrice.	145
De l'épilepsie jacksonienne.	145
Hystéro-épilepsie chez l'homme.	145
Hallucinations et illusions	145
De la folie hystérique.	299
De la folie circulaire	299
Du délire aigu	299
Aphasie saturnine.	300
Attaques épileptiformes dans la méningo-encéphalite chronique. .	300
Leçons sur l'idiotie	300
Ischémie fonctionnelle du cerveau	301
De l'hérédité.	301
Le vol aux étalages.	301
Les cérébraux.	302
La pathogénie de l'épilepsie.	302
La mélancolie perplexe.	302
Absinthisme aigu	302
Absinthisme chronique et absinthisme héréditaire.	303
Education psycho-physiologique d'une main idiote	302
Moyen de combattre l'alcoolisme latent professionnel.	303
Une épidémie de possédées en Italie	304
Le criminel au point de vue anatomique et physiologique.	304
Affaire Nenesclov.	304
De la duboisine dans certaines formes de délire	305
De la médication strychnique contre l'alcoolisme.	305
De la métallothérapie et du traitement de l'anesthésie par l'élec- tricité.	306
De l'épilepsie syphilitique secondaire	306
Les invisibles et les voix.	307
Folie consécutive à une fracture du rocher.	308
Ataxie locomotrice et lésions cardiaques.	308

	PAGES.
Anasarque à frigore chez les alcooliques.	309
Manie jugée par des attaques épileptiformes	309
Du rôle des lésions cardiaques chez les aliénés.	309
Observations de syphilis cérébrale	310
Aphasie d'origine traumatique.	310
Syphilis cérébrale et paralysie générale progressive.	310
De l'amnésie rétrograde d'origine traumatique.	311

JOURNAUX ESPAGNOLS (1880)

Analyse par M. le Dr Peybernès.

Etudes sur la pellagre.	474
Cas intéressant de blessure du cerveau.	477
Statistique des aliénés en Espagne.	478

JOURNAUX ANGLAIS (1878-1879-1880).

Anal. par MM. les Drs Dumesnil, Pons et R. de Musgrave-Clay.

Discours présidentiel prononcé au collège royal des médecins. . .	146
De la pensée sans parole et des rapports du langage avec la pensée.	154
Remarques sur un cas d'imbécillité microcéphalique.	154
Notes sur l'aliénation mentale en France	156
Homicide par un somnambule	159
Hermaphrodisme faux et aliénation mentale.	160
Cas d'un maniaque dangereux.	162
Loi relative à l'irresponsabilité des aliénés.	165
Loi sur les ivrognes	165
Enfant-loup de l'asile de Delbi.	165
Guérison d'un maniaque chronique après dix ans	165
De la pensée sans parole et des relations du langage avec la pensée.	312
Recherches sur l'idiotie.	315
Métalloscopie et attenté.	317
Folie consécutive à un coup sur la tête.	318
Lypémanie consécutive au maniaque.	319
Rupture d'anévrisme de l'artère cérébrale moyenne gauche. . . .	320
Cas de syphilis des artères cérébrales avec dilatations anévrysmales	320
Ramollissement du pont de Varole.	323
Des injections sous-cutanées de morphine chez les aliénés. . . .	326
De l'abus du chloral	328
Rééducation du cerveau adulte.	329
Névrite et périmérite des nerfs crâniens.	330
Vertige auditif.	330
Mécanisme réflexe de fixation des globes oculaires.	330
Poids du cerveau chez les aliénés.	331

	PAGES.
Expériences de psychométrie.	333
Excitabilité électrique de la peau	334
Symptômes oculaires dans l'ataxie locomotrice.	334
Paralysie bulbaire et alimentation artificielle.	335
Vomissements dans les maladies cérébrales.	335
Coup de soleil et ses conséquences.	480
Rééducation du cerveau adulte	480
Valeur thérapeutique du citrate de caféine.	481
Lésion du tissu nerveux du cerveau des aliénés.	482
Equilibre de la pression dans l'intérieur du crâne	483
Affections du langage résultant des maladies du cerveau.	484
Morphinisme chronique.	488
Exemples de maladies du pont de Varole	488
Origine du tétanos.	489
Hérédité et crime chez les criminels épileptiques.	490
Théorie nerveuse de la goutte	492
Excitation unipolaire en physiologie et en thérapeutique.	493
Anatomie et physiologie de la corde du tympan.	493
Paralysie résultant des incurvations angulaires de la colonne vertébrale.	494
Quelques variétés de paraplégie cervicale.	495
Distribution des artères de la moelle épinière.	495
Forme et rapports topographiques du corps strié.	496
Nystagmus.	496
Des réflexes toniques	496
Spasme des côtés droit ou gauche au début des paroxysmes épileptiques	497
Notes sur l'état de gaucher	500
Illusions optiques du mouvement	501
Maux de tête habituels chez les enfants	502
Maladies nerveuses dans la colonie de Victoria.	502
Plaidoyer en faveur d'une étude minutieuse de la manie	502

JOURNAUX ALLEMANDS (1880).

Analysé par M. le Dr Hildenbrand.

De la folie chez le militaire à la suite des campagnes	505
Folie suite d'intoxication saturnine.	506
Manifestation clinique des états de réaction du délire aigu	507
Quartiers d'aliénés annexes du pénitencier de Waldheim.	508
Étiologie et traitement de la sitio-phobie	508
Quelques observations sur l'épilepsie.	509
Idiots microcéphales.	510
Simulation de l'aliénation mentale.	511
Importance du tempérament pour la forme du trouble mental.	512
Idiots de la ville de Brunswick.	513

III. Bibliographie.

Leçons orales sur les phrénopathies ; par J. Guislain, professeur à l'Université de Gand. (Anal. par M. le Dr Biate)	337
Hallucinations dans la paralysie générale ; observations ; par M. le Dr Girma. Thèse de Paris 1881 (Anal. par M. le Dr Mabilie) . . .	314
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE	466, 343, 516

IV. Variétés.

Nominations et promotions : MM. Donnet, Belle, Dufour. — Nécrologie : Deboutteville, Ray, Marchant. — Société française de tempérance. — Congrès international de Londres. — Des aliénés dans l'Australie du sud. — Faits divers.	167
Nominations et promotions : MM. Cavalier, Billod, Rey, Boudrie, Camusat, Bouteille, Pons, Mirepoix, Bayle, Brunet, Dubiau, Viret, Lebègue, Bécoulet, Max-Simon, Albert Giraud. — Académie de médecine. — Prix de l'académie de médecine de Belgique. — Emprunts départementaux pour travaux dans les asiles. — Mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels. — Des suicides en France, en 1879. — Le suicide en Italie. — Les aliénés dans l'Australie du Sud. — Faits divers.	345
Nominations et promotions : MM. Donnet, Laborde, Ritti, Berthelot, Legras, Garnier, Marchant. — Concours pour l'internat en médecine dans les asiles de la Seine. — Note sur le service des aliénés en Norvège pendant l'année 1879. — Incendies répétés dans les asiles américains. — Suicide singulier.	517
Table des matières du tome sixième de la sixième série.	523